



UNR



Maestría en Gestión de  
Sistemas y Servicios de Salud



# **Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud**

Centro de Estudios Interdisciplinarios  
Universidad Nacional de Rosario

**Subregistros de Infecciones de Transmisión Sexual:** análisis  
del rol de los profesionales de la salud durante el año 2009 en  
el Municipio de Vicente López, Buenos Aires, Argentina.

**Maestranda:** *María Laura Cavicchia*

**Director:** *José Luís Aguirre*

## **INDICE**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>INDICE .....</b>                                | <b>2</b>  |
| <b>SIGLAS.....</b>                                 | <b>3</b>  |
| <b>ABSTRACT .....</b>                              | <b>4</b>  |
| <b>INTRODUCCIÓN.....</b>                           | <b>5</b>  |
| <b>JUSTIFICACIÓN .....</b>                         | <b>8</b>  |
| <b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>             | <b>11</b> |
| <b>Marco Histórico.....</b>                        | <b>11</b> |
| <b>Presentación del Problema .....</b>             | <b>18</b> |
| <b>Antecedentes del Marco Legal .....</b>          | <b>18</b> |
| <b>Actores intervinientes .....</b>                | <b>21</b> |
| <b>Presentación de la Unidad de Análisis .....</b> | <b>23</b> |
| <b>MARCO TEÓRICO .....</b>                         | <b>32</b> |
| <b>OBJETIVOS.....</b>                              | <b>46</b> |
| <b>MARCO METODOLÓGICO .....</b>                    | <b>47</b> |
| <b>RESULTADOS .....</b>                            | <b>53</b> |
| <b>ANÁLISIS .....</b>                              | <b>59</b> |
| <b>CONCLUSIONES .....</b>                          | <b>62</b> |
| <b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>                          | <b>64</b> |
| <b>ANEXO .....</b>                                 | <b>65</b> |
| Modelo de la encuesta aplicada.....                | 65        |

## **SIGLAS**

**ETS:** Enfermedad de Transmisión Sexual

**ITS:** Infección de Transmisión Sexual

**NEA:** Noroeste Argentino

**NOA:** Noreste Argentino

**RSV:** Región Sanitaria V

**Seropositivo:** persona portadora del VIH pero que no presenta manifestaciones del impacto de la infección en su organismo

**Seronegativo:** persona no portadora del VIH organismo

**Sida:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Refleja a aquel individuo portador del VIH con una evolución avanzada de la infección por VIH en su organismo lo que se manifiesta por la presencia de Enfermedades Marcadoras, propias del deterioro del sistema inmunológico provocado por la infección.

**UAP:** Unidad de Atención Primaria

**VE:** Vigilancia Epidemiológica

**VIH/HIV:** se refiere al Virus de Inmunodeficiencia Adquirida y por sus siglas en inglés, *Human Immunodeficiency Virus*, agente causal de la infección.

*"Conocer algo,  
es haber logrado las respuestas al  
qué, cuándo, cómo,  
y por qué de ese algo"*  
Sócrates

## **ABSTRACT**

La Vigilancia Epidemiológica entendida como uno de los pilares de la Epidemiología, permite comprender la dinámica de las enfermedades que afectan a la población y activar acciones tendientes a disminuir su impacto. Entre los eventos que afectan a la salud de la población, las Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO) representan aquellos eventos que por su efecto sobre la salud pública, deben ser notificados a las autoridades de salud, para la implementación de medidas de control y prevención. Para llevar a cabo su labor, el área de Vigilancia Clínica de la Vigilancia Epidemiológica (VE) recibe de los efectores de salud las notificaciones de las ENO. Algunas de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son ENO. Su modalidad de notificación es individual, con ficha especial. No realizar estas notificaciones genera un subregistro que produce un efecto negativo sobre la salud de la comunidad y condiciona el uso de los recursos disponibles para la prevención. Este trabajo, pretende establecer la existencia de subregistros de las ITS de notificación individual en el Municipio de Vicente López durante el año 2009, analizando el rol de los profesionales de salud como actor determinante para el subregistro de las ITS de notificación individual, en el marco del Programa de Prevención del VIH-Sida (Virus de Inmunodeficiencia Humana-Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) e ITS.

## INTRODUCCIÓN

De las definiciones tradicionales de la Epidemiología, hay dos que logran reunir las propiedades sobre la que este trabajo será realizado. La primera de ella describe las características esenciales de la epidemiología definiéndola como *una ciencia que estudia los factores que determinan e influyen la frecuencia y distribución de enfermedades, lesiones o acontecimientos relacionados con la salud y sus causas en una comunidad humana, con objeto de establecer programas preventivos y de control de su desarrollo y propagación*<sup>1</sup>. La segunda, complementaria a la previa, la define como *el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud. Hay diversos métodos para llevar a cabo investigaciones epidemiológicas: la vigilancia y los estudios descriptivos se pueden utilizar para analizar la distribución, y los estudios analíticos permiten analizar los factores determinantes*<sup>2</sup>.

Esta segunda definición, del Instituto Nacional de Epidemiología “Dr. Juan H. Jara”, añade un eje central de acción que resultará una suerte de guía de esta investigación, la VE, así como los estudios descriptivos, como herramienta de investigación.

Se tomará del sitio web del Instituto, la definición de la VE como *la utilización oportuna, sistemática y periódica de los datos de morbi-mortalidad con el objeto de conocer la distribución de las enfermedades y de todos los factores que afectan directa o indirectamente a la salud de la población. Implica el análisis e interpretación sistemática y oportuna de los datos y la difusión de los resultados y recomendaciones que permite efectuar los cambios necesarios para mejorar la situación de salud*<sup>3</sup>.

Este informe se posiciona desde la Vigilancia y Clínica Epidemiológica, uno de los cinco Departamentos de la Dirección de Epidemiología del Instituto Nacional de Epidemiología antedicho. Este Departamento se subdivide en cinco Servicios, a saber: Enfermedades de Transmisión Alimentaria y Zoonosis, el de ITS y Sida, el de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias Agudas, el de Epidemiología Clínica y finalmente el de Enfermería.

---

<sup>1</sup> Dorland (1993) *Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina* 586 p

<sup>2</sup> Disponible en <http://www.who.int/topics/epidemiology/es/>

<sup>3</sup> Disponible en <http://www.ine.gov.ar/vigilancia.htm>

Los eventos sujetos a notificación obligatoria o ENO, son enfermedades de tipo transmisibles o algún otro evento que requiere investigación inmediata para evitar la aparición de nuevos casos. Su notificación, obligatoria por la Ley 15.465<sup>4</sup>.

Contemplando las diferencias epidemiológicas propias de cada país, la notificación de las ENO son compartidas por la totalidad de los países del mundo, cada uno de los cuales cuenta con estrategias para su control y prevención.

Las ENO se subdividen en tres categorías por su modalidad de notificación: las de Notificación Individual Inmediata ante caso sospechoso, las de Notificación Individual Semanal ante caso sospechoso y las de Notificación Semanal por grupo de edad. Más adelante, se detallarán las ENO.

En todos los casos, la fuentes de datos para la notificación de casos, son recabados por los profesionales actuantes al registrar los datos de las consultas tanto en libros de guardia, de internación y en las hojas de consulta y de los laboratorios que procesan muestras relacionadas con las ENO.

Las ITS de Notificación Individual Semanal Clínica son 4: la Hepatitis B, la Sífilis Temprana, la Sífilis congénita y el Sida. De Notificación Individual Semanal por Laboratorio es la Infección por VIH. Cada una de estas cuenta con una ficha de notificación especial. Los profesionales de salud, al asistir a alguien afectado por estas enfermedades, tienen la responsabilidad de confeccionar la notificación individual. Cuando esto no sucede, se constituye el subregistro.

Para el control y prevención del VIH-Sida y ITS, listadas en la nómina de ENO, le Ministerio de Salud de la Nación creó la Dirección de Sida e ITS. Esta Dirección coordina la implementación del *Programa Nacional de Prevención de VIH/Sida e ITS*. El programa tiene características federales de implementación en todo el país en las 5 Regiones: Cuyo, NEA, NOA, Patagonia y Central. Provincia de Buenos Aires, incluida en la región Central, con 134 municipios, se subdivide en XII Regiones Sanitarias. Son 15 los municipios del al área norte de la provincia de Buenos Aires que conforman la Región Sanitaria V, entre ellos el

---

<sup>4</sup> Ley se sanciona el 29 de septiembre de 1960, “Régimen legal de las Enfermedades de Notificación Obligatoria”, Publicado en el Boletín Oficial, el 28 de Octubre del mismo año

Municipio de Vicente López. En el ámbito de la Secretaría de Salud y Acción Social municipal se desempeña el Programa. La sede de la coordinación municipal se encuentra en la Dirección de Atención Primaria municipal.

El Programa Nacional está constituido normativamente por cuatro áreas: asistencial, preventiva, de capacitación y epidemiológica, que se articulan entre sí para cumplir con su misión, que es la prevención primaria y secundaria de VIH/Sida e ITS asegurando su diagnóstico y tratamiento.

Este trabajo, desde una perspectiva epidemiológica, indaga la eficacia de implementación de la VE del Programa.

Es conveniente realizar una aclaración en relación a las Enfermedades de Transmisión Sexual antiguamente denominadas Enfermedades Venéreas y que actualmente llevan el nombre de ITS. Una Enfermedad se define por una constelación de signos y síntomas, los primeros objetivables por el personal de salud y los segundos manifestados por el paciente. A diferencia de las Enfermedades, las Infecciones pueden no presentar signos ni síntomas, es decir son asintomáticas. Esto es especialmente así con el VIH y la Hepatitis B. Por esto, en muchos países se ha dejado de utilizar el término ETS por el de ITS. Aún así, en la práctica cotidiana, los trabajadores de salud y la gran mayoría de la literatura continúa utilizando las siglas ETS. En este escrito se ha decidido utilizar el término de ITS para reforzar y tener presente la implicancia de la potencialidad de contagio en individuos que no presentan síntomas.

## JUSTIFICACIÓN

Más de 20 agentes patógenos son los responsables de las ITS. Estas se caracterizan por adquirirse a través de relaciones sexuales sin usar preservativos o por ser utilizados de manera incorrecta. Las ITS también se pueden transmitir de madre a hijo durante el embarazo y parto o a través de la lactancia, esto último es especialmente así con el HIV. Otra vía de infección, ya no de origen sexual, el uso de elementos corto-punzantes compartidos de manera voluntaria, como sucede en las adicciones (por la utilización de ciertos elementos como canutos o agujas), o involuntaria en los accidentes laborales, por ejemplo. Finalmente, aunque despreciable debido al estricto control establecido por ley, existe la posibilidad de infección por transfusión de sangre y/o hemoderivados.

La infección con diversas ITS en sus primeras fases pueden ser asintomáticas, esto es así especialmente en las mujeres por características anatómicas. Es decir que no provocan una enfermedad clínicamente manifiesta, pudiendo los individuos afectados permanecer asintomáticos por largos periodos de tiempo. Ejemplos de estas situaciones son las infecciones causadas por el VIH, el virus de la Hepatitis B, el HPV (*Virus de Papiloma Humano*) o algunas bacterias como las causantes de la Sífilis (*Treponema pallidum*), la Gonorrea (*Neisseria gonorrhoeae*), la infección por Clamidia (bacteria, *Chlamidia Trachomatis*) o parásitos como la Tricomona (*Trichomona Vaginalis*).

Un aspecto importante de las ITS es que su presencia favorece el ingreso del VIH al organismo de una persona seronegativa o aumenta la carga viral en las seropositivas.

Como ocurre con enfermedades no contagiosas, de presentarse una ITS y no realizar el diagnóstico temprano y dejadas a libre evolución (sin instaurar el tratamiento oportuno) pueden generar un importante impacto en la salud de los individuos. Entre ellos enfermedades agudas, subagudas y crónicas, también al cáncer cervicouterino, esterilidad, aborto, muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer, enfermedad sistémica del recién nacido y muerte. Es importante destacar las consecuencias psicológicas tanto de las enfermedades y sus consecuencias. Representan un verdadero problema de salud pública, debido a que su prevalencia se mantiene en todo el mundo.



Todas estas situaciones requieren de una intervención del sistema de salud de mayor complejidad, generando un gasto a en salud evitables de realizase el diagnóstico temprano.

A esta compleja situación individual se suma la afectación de la familia, tanto sea por enfermedad de la madre, padre o hijo o cualquier otro integrante del núcleo familiar.

A pesar de la existencia de estrategias para facilitar el control de las ITS cristalizadas en diversos Programas Nacionales, aún así las ITS son causante de enfermedad en toda la población.

En caso de asistir a un usuario en quien se sospecha o confirma el diagnóstico de alguna enfermedades de notificación obligatoria, el profesional de la salud actuante se encuentra obligado a notificarla a las autoridades correspondientes en el marco de la Ley N° 15465<sup>1</sup>, que establece el régimen legal de las ENO.

La pieza clave del sistema de notificación son la Fichas de Notificación de ITS, principal fuente de información del Programa de Prevención de VIH e ITS.

Ejemplificando lo precedente, ante una consulta programada o no de un usuario a cualquiera de los niveles de atención del sistema de salud, el profesional actuante frente al diagnóstico de una ITS de Notificación Individual, debe confeccionar la “Ficha de Notificación”, por medio de la cual se facilita el acceso al usuario (y a su/s pareja/s sexual/es) del *tratamiento farmacológico sintromico* (se detallará en este apartado más adelante) de manera gratuita y se activa sistema de vigilancia epidemiológico local.

La medicación es entregada por personal de enfermería en el primer nivel de atención y por personal de farmacia en segundo nivel, contra presentación de la Ficha de Notificación y una orden médica indicando el fármaco para el tratamiento, contemplado por el Programa. Ambas deben contar con sello y firma por el profesional tratante. Posteriormente las denuncias son entregadas a la RSV quien las eleva a las autoridades nacionales de salud, que utilizan estas fuentes de información como fundamento para reabastecer la medicación utilizada. De esta manera la ficha de notificación en un insumo clave para la activación y mantenimiento del

---

<sup>1</sup> Sancionada en 1960

sistema.

Merece especial mención el Tratamiento Sindrómico, estrategia de la Organización Mundial de la Salud, implementada desde los años 70, como *Método Sindrómico para la Atención Primaria de la Salud*. Esta estrategia actúa como una barrera epidemiológica y tiene como objetivo evitar demoras en la implementación de tratamientos. La contrapartida es el tratamiento específico, que implica la identificación del germen causante de la infección con estudios de complejidad creciente, inaccesible en la mayoría de los efectores de salud de Atención Primaria. Entonces, ante una consulta relacionada con una ITS (desde una relación sexual sin protección – preservativo- hasta una enfermedad clínicamente manifiesta) se aplican flujogramas de diagnóstico sindrómico, sin necesidad de estudio etiológico específico. Esto asegura el tratamiento farmacológico, de usuario y de su pareja sexual sin depender de estudios de mayor complejidad y costo.

Entendidas como *barrera epidemiológica administrativas*, las notificaciones son necesarias para implementar medidas tendientes al control de las ITS. Su ausencia determina un problema que impide la actuación de la VE.

Este informe pretende, desde la gestión del Programa Nacional de Prevención de VIH-Sida e ITS del Municipio de Vicente López, realizar un análisis local tendiente a mejorar la calidad de implementación de sus normas.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### ***Marco Histórico***

Para contextualizar la situación problemática, se efectuará una breve reseña histórica en relación al HIV como una ITS más y del origen de la unidad de análisis, entendida como tal al Programa de Prevención de VIH-Sida e ITS. Se pondrá especial énfasis en el VIH por el impacto social, económico y político en el área de la salud.

Los primeros pasos dados a nivel mundial en relación al VIH se remontan a junio de 1981, cuando se describió, por primera vez el Sida, en varones jóvenes y homosexuales. Un año más tarde el CDC (Centro de Control de Enfermedades Infecciosas en Atlanta, Estados Unidos) relacionó el contagio de la enfermedad con las transfusiones de sangre. Un tiempo después aparecen las primeras alertas de los riesgos en los bancos de sangre apareciendo los primeros casos en hemofílicos. Durante el año 1984 se identificó el virus responsable del Sida, se le llamo VIH, virus que puede contagiarse por sangre o por vía sexual. Se desarrollaron las primeras pruebas para detectar anticuerpos contra el VIH en el año 1985 y en el año 1986 se publica el primer informe de Sida, que resalta la importancia de otorgar información sobre los comportamientos sexuales para prevenir el contagio. Ya en el año 1987 comienzan a comercializarse las primeras drogas antiretrovirales. La década del '90 ya había cerca de 10 millones de afectados por el virus en todo el mundo. En 1997 por primera vez desde el inicio de la epidemia, se logra una reducción en la tasa de mortalidad por el paso de tratamientos con monodrogas a tratamientos con “cócteles”.

Entrados el año 2000 la pandemia del Sida comienza a definir el nuevo perfil de la población afectada: mujeres heterosexuales, jóvenes y pobres. Esto conlleva a el aumento de la incidencia de VIH neonatal.

En nuestro país el primer caso de VIH fue diagnosticado en 1982 y nivel local, 1986 es el año en que diagnostica el primer caso de VIH en el municipio de Vicente López. En esos años el área de Epidemiología dependía del Servicio de Clínica Médica del hospital municipal. Estaba coordinado por una médica epidemióloga de vasta experiencia que posteriormente se

desempeñaría como responsable de la Dirección de Epidemiología Municipal, dependiente de la Secretaría de Salud Pública.

En el año 1990 al promulgarse en Argentina la Ley de Sida<sup>2</sup> comienza a tomar forma lo que posteriormente fueron los lineamientos centrales del Programa Nacional.

Durante la década de '90 el programa no contaba con un referente municipal, desempeñándose en la asistencia de los pacientes seropositivos los infectólogos en los efectores de segundo nivel, los pacientes con otras ITS eran asistidos en el nivel primario y secundario, el área de farmacia, aseguraba el acceso a la medicación a los pacientes y el área de epidemiología centralizaba las notificaciones, las que elevaba a RSV. El trabajo de cada efector por separado permitió una contención importante de la epidemia, siendo desde esos años, el Municipio de Vicente López, en de menor prevalencia de VIH de la RSV.

Desde agosto del 2004 a diciembre de 2007, las autoridades nacionales designaron una nueva responsable Regional del programa, Dra. Lucrecia Raffo, médica con larga trayectoria en gestión y con especial formación en la temática de las ITS. Desde que asume su cargo y en adelante refuerza los aspectos de gestión asistencial, VE de VIH e ITS y prevención. Se comienzan a publicar boletines epidemiológicos para la difusión de la información recabada y ganan el subsidio de UBATEC y ponen en marcha un proyecto de prevención de transmisión vertical de VIH. Trabajan con Organizaciones No Gubernamentales de la zona, promueven la articulación entre programas (Materno Infantil y Epidemiológico). Se realizan controles recorriendo cada hospital y revisión de historias clínicas de notificados desde 2004 sin interrupción haciendo además visitas a equipos municipales y hospitalarios y gestión ante autoridades políticas para apoyar o conformar esos equipos de salud. A partir del año 2007 toma su lugar una infectóloga de su equipo, colaboradora de la gestión, ya que la responsable hasta ese momento es designada como interventora del Hospital Nacional Alejandro Posadas.

El aporte de esta referente en el municipio fue la de brindar la información histórica del programa municipal durante una entrevista realizada a mediados del año 2006.

De esa entrevista se extrajeron los siguientes datos:

---

<sup>2</sup> Ley N° 23.798

- La primera responsable del programa en la RSV en provincia de Buenos Aires desde 1996 fue la Dra. Silvina Busto trabajando desde el área de epidemiología provincial. Desarrolló exitosamente el aspecto de las notificaciones de las infecciones de transmisión sexual.
- Desde 1998 y por un año la coordinación del Programa quedó acéfala luego de lo cual toma la coordinación el Dr. Alfredo Hahn. Durante su gestión no se pudo contra con la medicación a tiempo y sólo se notificaba en forma esporádica.
- La Dra. Raffo comienza a trabajar en RVS en diciembre del año 2000, junto con otra infectóloga y por primera vez un administrativo. La labor principal de su trabajo para el programa era esencialmente de capacitación de los equipos de salud de la región sin depender del Dr. Hahn.
- En el año 2002, la Dra. Raffo queda a cargo del área de Capacitación desvinculándose del coordinador regional del programa y luego, en 2004, queda a cargo del programa luego de la destitución del coordinador. Conformar un equipo de trabajo de tres infectólogas y un administrativo. Hace especial mención que nunca pudo lograr contar con un enfermero ni un trabajador social.
- Desde ese momento en adelante se reforzaron los aspectos de gestión asistencial (cargas virales, CD4, TARV, laboratorios, ITS), VE de VIH e ITS (actualizando hacia atrás desde 1997 aproximadamente a Nación y provincia) y prevención (con un programa de cursos y talleres para salud y educación pasando alrededor de 1000 personas por estas actividades). Comienzan a publicar boletines epidemiológicos (1 a 2 por año), trabajan en el proyecto de prevención de transmisión vertical de VIH.
- Trabajan con Organizaciones No Gubernamentales de la zona, promueven la articulación entre programas (Materno Infantil y Epidemiológico). Se realizan controles recorriendo cada hospital y revisión de historias clínicas de notificados desde 2004 sin interrupción haciendo además visitas a equipos municipales y hospitalarios y gestión ante autoridades políticas para apoyar o conformar esos equipos de salud.

En el municipio de Vicente López, durante los primeros meses del año 2004, la Dra. Yolanda Schwabauer es nombrada como primera coordinadora municipal del programa de VIH-Sida e ITS. Desempeña esta función hasta marzo del 2006. Debido a los antecedentes históricos el programa y esta primera coordinación dependía de la Dirección de Epidemiología Municipal.

Los antecedentes históricos locales del programa fueron recabados de una entrevista realizada a la Dra. Schwabauer:

- Meses después de su nombramiento, asume la coordinación regional la Dra. Lucrecia Raffo en la RSV, quien genera reuniones con el objetivo de mejorar la gestión en el programa. Sumándose al trabajo de la Dra. Raffo tendiente a reforzar las notificaciones y aumentar el número de pacientes a los que se les asignaban las cajas de alimentos comenzó a dar los primeros pasos en la coordinación.
- Ese año el Dr. Alfredo Láina, jefe del Servicio de Infectología del Hospital Provincial Cetrángolo (que se encuentra fuera del área de gestión municipal) quien se negaba a notificar por la falta de devolución de datos desde RSV, al percibir el cambio de la modalidad de trabajo propuesta por la nueva coordinación regional accedió y entregó notificaciones de cerca de 3 años previos.
- Durante el año 2005 ingresa a trabajar como responsable del área de atención ambulatoria del Servicio de Infectología del Hospital Municipal la Dra. Daniela Garone.
- Menciona dificultades de gestión como coordinadora del programa debido a profundas diferencias histórico-políticas entre el director de Atención Primaria, Dr. Fabio Munich y la Dra. Liliana Ginsburg, directora de Epidemiología.
- En febrero del 2006 sin previo aviso la Dra. Yolanda Schwabauer es removida de su cargo. La consecuencia organizativa primera fue que el programa dejó de depender de la Dirección de Epidemiología y pasó a la Secretaría de Salud, con sede en la Dirección de Atención Primaria.

Desde marzo del año 2006, la coordinación esta a cargo de quien suscribe, medica generalista que se desempeñaba en tareas asistenciales en Atención Primaria. Luego de realizar reuniones para evaluar las características de los efectores comprometidos con el programa realiza un relevamiento de la situación local de la epidemia intentando identificar las principales fortalezas y debilidades de programa.

A modo de acercamiento al tema de análisis de este escrito, es pertinente citar a Carlos Tulio Matus Romo, ministro de economía del presidente Chileno Salvador Allende, en su escrito Política, Planificación y Gobierno de 1987, define a un **problema** como una *discrepancia entre el ser o la posibilidad del ser y el deber ser que un actor asume como evitable*. Entre alguno de los elementos conceptuales, en el mismo escrito, plantea que *un problema es asumido como inaceptable por un actor si éste le asigna un “valor o interés” positivo a su*

*eliminación (...) se asume como evitable, es decir como manifestación de causas identificables y eliminables.*

A la luz de estos conceptos se identifica por un lado el ideal de contar con la totalidad de notificaciones de las ITS de notificación individual y por el otro el subregistro de las mismas, escenario que estimula documentar los subregistros e indagar las posibles causas que lo determinan.

Evaluando el derrotero de registros de las ITS, varios nodos pueden ser responsables de la falta de notificaciones de casos. Así es que podemos inicialmente identificar una diversidad de instancias:

Relacionadas con las ITS:

Teniendo en cuenta que entre un 70% y un 80% de las mujeres infectadas podrían ser asintomáticas y no buscar asistencia. Esto también aplica a los hombres pero en menos proporción. Estos individuos infectados continúan en riesgo de contagiar a otros y de enfermar.

Relacionadas con los individuos:

La resistencia a buscar atención médica cuando se presenta algún síntoma, posiblemente relacionado a vergüenza por el componente de tabú y estigma social concerniente con las ITS, falta de conocimientos acerca de las ITS y de su propio cuerpo, culpa etc.

La posibilidad de acceso a asistencia a prácticas de salud alternativas

Resistencia al uso del preservativo

Componente de género para el uso del preservativo

Relacionado con el sistema de salud:

Individuos que presentando síntomas de una ITS pueden tener dificultades en el acceso al sistema de salud.

Una vez que se ha accedido a la consulta, puede que no se realice el diagnóstico de manera adecuada por lo que no se confecciona la notificación.

Si el sistema de salud dispone de métodos complementarios que permitan un diagnóstico de certeza, aún así puede suceder que no se elabore la notificación.

La falta de notificación por parte del actor interviniente en la confección de la misma puede tener a su vez múltiples orígenes y sobre esta situación se intentará dar luz con este informe.

Como parte de los recursos bibliográficos de la Maestría de Gestión de Sistemas y Servicios de Salud cohorte 2008 - 2009, se presentó la monografía *Un paradigma moderno para mejorar la calidad de atención de salud*, publicado para la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos por el Proyecto de Garantías de Calidad. En este material es citado el Dr. Avedis Donabedian<sup>3</sup>, quien describe a la calidad de atención teniendo en cuenta los siguientes componentes: insumos, procesos y los resultados/productos, todos vinculados e interdependientes.

En el caso que se describe se puede identificar como *insumos* a:

- las personas que intervienen en el proceso, equipo de salud y usuarios, en el contexto de una consulta donde se arribe al diagnóstico de una ITS de notificación individual semanal
- la infraestructura, donde se desarrolla todo el proceso
- los materiales/medicamentos, se detallarán más adelante
- la información, que se genera a través de las fichas de notificación individual
- la tecnología utilizada

Como *proceso* se describe *Qué y Cómo se hace* determinada actividad. En este caso, lo que se hace es la notificación de ITS de notificación individual semanal y como se lleva a cabo durante la atención del usuario externo, paciente.

Finalmente, como *resultados/productos*, describe a los servicios de salud prestados, los cambios en el comportamiento y estado de la salud y la satisfacción del paciente. En este caso, las fichas de notificación que permiten la utilización eficaz y eficiente de los recursos y evitan la dispersión de las ITS.

Varios son los actores intervinientes en el proceso de diagnóstico y tratamiento de las ITS de Notificación Individual Semanal. Se realizará una descripción la unidad de análisis con la intención de dar respuesta a los siguientes interrogantes:

*¿Existe subregistro de ITS de notificación individual semanal en Vicente López?*

*¿Los usuarios internos del sistema tienen responsabilidad en el subregistro?*

---

<sup>3</sup> Massoud, R., K. Ascov, J. Reike, L.M. Franco, T. Bornstein, E. Knebel y C. MacAulay. *Un paradigma moderno para mejorar la calidad de atención de salud*, 2002, Pág. 4



*¿Cuál es/son los determinantes del subregistro desde el usuario interno?*

### ***Presentación del Problema***

El punto clave que puso de manifiesto el escenario estudiado a la coordinación municipal del Programa de Prevención de VIH-Sida e ITS, fue la situación local en relación al potencial subregistro fue la disparidad existente entre la cantidad mensual de medicación utilizada bajo el programa y el número de notificaciones recabadas.

El actor central en este circuito es el profesional de salud actuante, probable responsable del subregistro: una hipótesis para intentar dar respuesta a esta situación fue que *pocos profesionales médicos realizan la fichas de notificación de las ITS de notificación individual*, aunque sí la tratan en los usuarios que solicitan asistencia.

Es pertinente en este momento describir el Marco Legal determinante para la identificación del problema

### ***Antecedentes del Marco Legal***

El 29 de septiembre de 1960 se sanciona la Ley N° 15.465 “Régimen Legal de las Enfermedades de Notificación Obligatoria”, publicado en el boletín oficial, el 28 de octubre del mismo año. Dicha ley fue Reglamentada en 1964 por el Decreto Nacional N° 3.640/64.

El 12 de noviembre de 1979, por el Decreto Nacional N° 2.771/79, se faculta al entonces denominado Ministerio de Bienestar Social, Secretaría de Estado de Salud, a actualizar las normas de procedimiento, en lo que respecta a su artículo 2: nómina de enfermedades de notificación obligatoria y su agrupamiento. El presente Decreto se publica en el Boletín Oficial del día 7 de Noviembre del mismo año.

En mayo de 1994 se establecen acuerdos sobre conceptos generales e instrumentos de la vigilancia, incluyendo el laboratorio, dando lugar a la Resolución Ministerial N° 394/94 que incorpora las “Normas del Sistema Nacional de VE” al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

En mayo de 1995, mediante resolución del Secretario de Salud, N° 88, se constituye la “Comisión Asesora sobre VE” la que debe orientar acerca de aspectos operativos y de

procedimiento. A fines de ese mismo año se publica la primera edición del “Manual de Normas y Procedimientos para la VE”.

En 1999 se realiza la primera revisión del Manual de Normas y Procedimientos del Sistema Nacional de VE donde se actualiza la nómina de enfermedades de notificación obligatoria, su agrupamiento, periodicidad, estrategias, herramientas a utilizar en la recolección de los datos, y el flujo de la información del sistema. Se aprueba un total de 42 patología agrupadas en seis categorías.

Complementando este marco legal, es ineludible citar la N° 23.798 Ley de Sida, base normativa Programa Nacional de Prevención de VIH/Sida e ITS, al que adhiere la coordinación municipal en Vicente López.

El artículo 11° de la Ley de Enfermedades de Notificación Obligatorias establece que:

*Es igualmente obligatoria la notificación de los portadores de gérmenes de las enfermedades transmisibles a que se refiere el **Artículo 2**, grupos A y B, cuando se hubieren identificado como tales.*

Dentro de grupo B se detallan las siguientes ITS: B.19. Sífilis. B.19.1. Sífilis primaria (temprana primaria contagiosa). B.19.2. Sífilis secundaria (secundaria contagiante). B.19.3. Sífilis latente. B.19.4. Sífilis tardía. B.19.5. Sífilis congénita (precoz y tardía).

Dentro del Grupo C: C.38. Hepatitis viral aguda. C.38.1. Hepatitis A (ex hepatitis infecciosa). C.38.2. Hepatitis B (ex hepatitis sérica o a suero homólogo). C.56. Blenorragia (gonococcia). C.56.1. Gonococcia aguda. C.56.2. Gonococcia crónica. C.57. Chancro blando. C.58. Granuloma inguinal (Donovanosis).

Asimismo en el Decreto Nacional 2.771/79 se establece:

Artículo. 3.- La notificación debe efectuarse en los casos comprobados o sospechosos de enfermedades incluidas en el grupo A; en los casos comprobados de enfermedades comprendidas en los grupos B y C, y en los eventos contemplados en el grupo D.

Artículo. 4.- Están obligados a la notificación:

a) El médico que asista o haya asistido al enfermo o portador o hubiere practicado su reconocimiento o el de su cadáver.

### **Quiénes están obligados a notificar y comunicar**

Los artículos 4 y 5 de ley 15.4651 son los que explicitan quiénes están alcanzados por algún de obligación frente a la declaración de Eventos de Notificación Obligatoria. En estos artículos se hace una clara diferencia entre “notificación” y “comunicación”:

ARTÍCULO 4º - Están obligados a la notificación:

- a) El médico que asista o haya asistido al enfermo o portador o hubiere practicado su reconocimiento o el de su cadáver;
- b) El médico veterinario, cuando se trate, en los mismos supuestos, de animales;
- c) El laboratorista y el anatomopatólogo que haya realizado exámenes que comprueben o permitan sospechar la enfermedad.

ARTÍCULO 5º - Están obligados a comunicar la existencia de casos sospechosos de enfermedad comprendida en el artículo 2 [todos los eventos], en la persona humana y en los animales, el odontólogo, la obstétrica, el kinesiólogo y los que ejercen alguna de las ramas auxiliares de las ciencias médicas.

De la lectura de los artículos, se entiende que los profesionales comprendidos en el N° 4 son los que participan directamente del sistema de vigilancia y sus notificaciones representan la fuente de información de éste. El resto del equipo de salud, está obligado a “comunicar” o informar a su inmediato superior cuando sospeche de algún evento en su práctica cotidiana.

Tanto para uno como para otro grupo de trabajadores de la salud, la ley estipula, en sus artículos 16 y 17, penas en “Pesos moneda nacional”; adicionalmente los obligados a notificar pueden, “en caso de reiterado incumplimiento [ser pasibles], de suspensión temporal en el ejercicio profesional”.

Por otra parte, esta legislación y sus actualizaciones, han establecido los eventos a vigilar (ENO), las distintas estrategias de vigilancia, la modalidad y la periodicidad de la notificación.

### *Actores intervinientes*

Todo profesional que asista a un/a integrante de la comunidad al que le realice el diagnóstico de una ITS de notificación individual independientemente del nivel de atención en el que se desempeñe, debe confeccionar la ficha de notificación. En todos los niveles de atención prima la heterogeneidad de especialidades medicas, algunas sobre otras en número y otras que únicamente se desempeñan en un nivel, a saber:

I) En el 1º Nivel de Atención los profesionales que deben notificar, están representados por especialidades provenientes de medicina clínica y general, ginecología, pediatría, adolescencia, etc.

II) En el 2º Nivel de Atención, también conformado por un grupo heterogéneo, a los que se suman del previo servicios propio del nivel, como Cirugía, Urología, Proctología. En este caso el pool de médicos que se desempeñan en la guardia es mucho mayor al de el 1º nivel de atención y son representan una vía de acceso de la población con potenciales ITS muy frecuente.

III) En el 3º Nivel de Atención, algo más acotado en heterogeneidad y número, pero aún así, con posibilidades de confeccionar alguna notificación.

Es interesante revisar el contenido de algunas de las entrevistas realizadas a algunos de los actores intervinientes en el contexto de la entrega de fichas de notificación:

- *Servicio de Urología del hospital municipal:* el Jefe de Servicio, alega que *todos sus pacientes son adecuadamente atendidos y tratados y que, los médicos de su servicio no están para papeleo administrativo. Para eso están los residentes*”.
- *Servicio de Proctología del hospital municipal:* el Jefe de Servicio, que a pesar de referir que se comprometerá a instar a sus médicos a que realicen las fichas, a posteriori no son recibidas.
- *Servicio de Ginecología del hospital municipal:* servicio más emblemático por la gran cantidad de pacientes que reciben tanto por guardia como por complicaciones de las ITS. Aceptan cordialmente las fichas de notificación, refieren que tratan a las pacientes y tienen “estadísticas propias” de las patologías pero no denuncian las ITS.

- *Servicio de Guardia Externa del hospital municipal*: los médicos de la guardia, en general, se niegan a “llenar otro papel más”. Recientemente, debido al cambio de Jefatura de la Guardia, se ha logrado que en administración de la guardia se cuente con fichas de notificación y preservativos.

Esta situación se explica debido a la meritocracia reinante en la organización hospitalaria, los jefes de servicio (directores intermedios) concentran mucho poder e influyen en las decisiones de la dirección del hospital, y de esta manera se hace muy difícil incorporar una norma que exija a los servicios denunciar los casos de ITS si esto está por fuera de sus objetivos.

Especial mención merece el rol de la infectóloga a cargo de la atención ambulatoria del hospital municipal. Por lo descrito previamente en relación a que su autonomía es un factor obstaculizador, se suma asuntos relacionados con fallas empáticas de la que se quejan los pacientes: de una entrevista realizada en la puerta del consultorio, los pacientes manifiestan que “no los escucha, que la consulta es muy rápida y que sienten que los discrimina”. Como una estrategia para mejorar la situación, se han generado propuestas atractivas que han logrado su colaboración y salida de ésta del área de “Atención Secundaria” de la cual manifiesta sentirse agotada. La convocatoria consistió en convocarla como parte organizadora de las tareas de capacitación del equipo de salud de Atención Primaria, área subestimada en importancia en relación a su participación en el programa. El resultado fue muy favorable, resultando ser sumamente enriquecedora para ambas partes. La coordinación del programa mostró las ventajas que le ofrecía comprometerse en la capacitación para mejorar la visión de su trabajo por parte de la nueva gestión de la actual Secretaría de Salud.

## **Presentación de la Unidad de Análisis**

Se describirá el Programa de Prevención de VIH-Sida e ITS del municipio de Vicente López, constituido como la unidad de análisis en la que se estudiará el problema descrito.

El Programa Nacional esta constituido normativamente por cuatro áreas: preventiva, asistencial, de capacitación y epidemiológica, que se articulan entre sí para cumplir con su misión, que es la prevención primaria y secundaria de VIH/Sida e ITS asegurando su diagnóstico y tratamiento.

Los objetivos del programa municipal son:

- ⇒ Prevenir, en toda la población del municipio y aquella que acceda al sistema de salud municipal, la transmisión sexual y perinatal del VIH y de las ITS a través de del desarrollo de actividades educativas, tendientes a la promoción de prácticas sexuales que impliquen un menor riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual.
- ⇒ Promover el uso de los métodos de barrera para la prevención de infecciones de transmisión sexual.
- ⇒ Realizar diagnostico temprano de las infecciones para procurar el tratamiento oportuno y continuo de ser necesario.
- ⇒ Garantizar el control de calidad de la detección de VIH en sangre, hemoderivados, semen, tejidos y órganos. Fomentar la adopción de normas universales de bioseguridad.
- ⇒ Informar a la población sobre los riesgos asociados al uso de drogas.
- ⇒ Reforzar la atención integral de las personas infectadas y enfermas.
- ⇒ Fortalecer el sistema de VE, evaluando las tendencias y proyecciones de la epidemia, coordinar el uso racional de los recursos disponibles y las actividades intra e inter sectoriales.

Las metas establecidas del Programa se alinean a la preocupación mundial por el curso de la epidemia y su nuevo perfil *“cada vez más pobre, más joven, más heterosexual y más mujer”*, sumado a que se estima que en nuestra comunidad uno de cada tres portadores de VIH desconoce su estado serológico, con la implicancias que esto conlleva en relación a la dispersión de la epidemia.

La producción del Programa durante los últimos 5 años es la siguiente:

- Se han distribuido mas de 598.500 preservativos en las UAP, 80.000 en eventos abiertos en la comunidades
- Se han realizado mas de 400 de talleres en escuelas, grupos Scout, hogar de transito, escuela de ciegos
- Se han distribuido mas de 430.000 folletos (municipales y nacionales)
- Se encuentran en seguimiento 293 pacientes VIH positivos de los cuales reciben medicación 245.
- Se han respondido cerca de 750 consultas de la línea de [misexualidad@vicentelopez.gov.ar](mailto:misexualidad@vicentelopez.gov.ar)

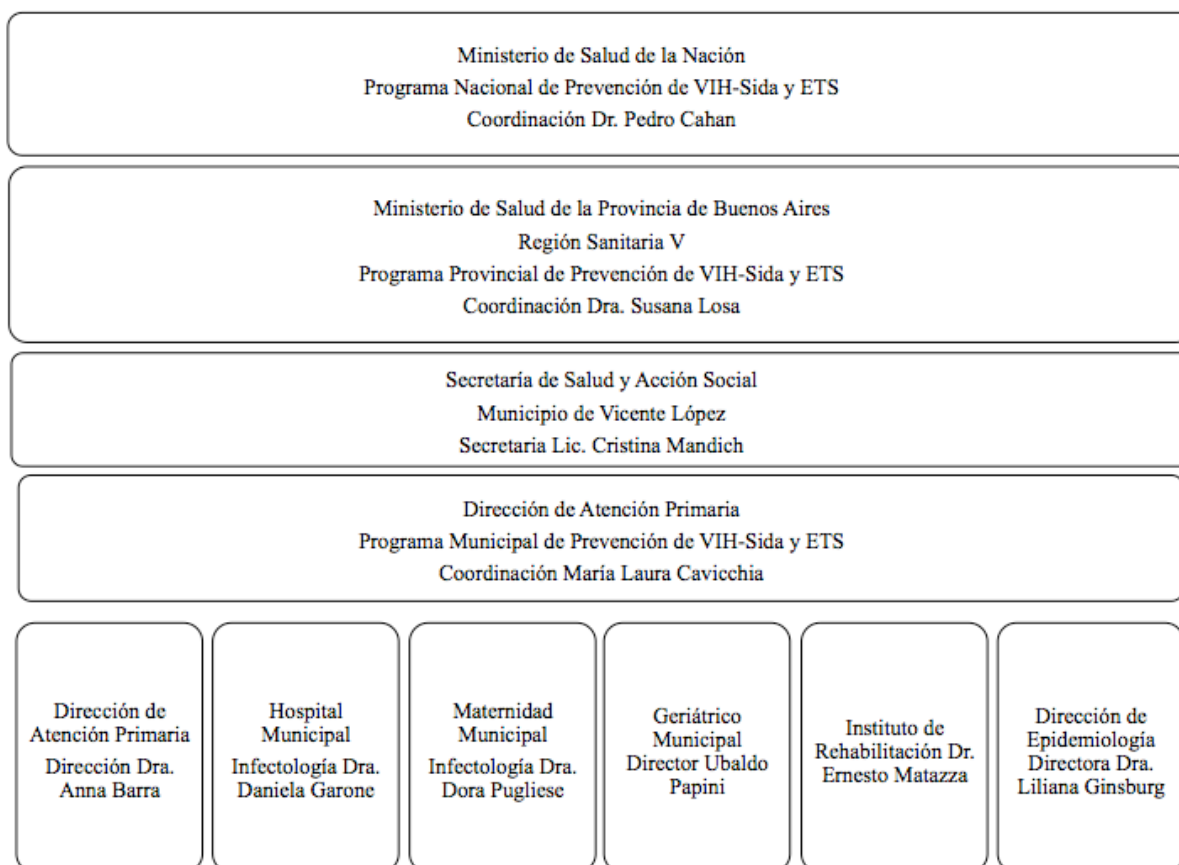
El presupuesto estimado por año es de \$15.000

- Folleto sobre prevención y difusión de línea “mi sexualidad” por 10.000 ejemplares \$ 100
- Folleto tríptico sobre testeo de VIH y servicios por 10.000 ejemplares \$ 3000
- Dispenser de preservativos para efectores por 30 unidades \$ 3200
- Afiche y fijación en vía pública para difusión “Día Internacional del HIV” por 500 ejemplares \$ 3000
- Alquiler sonido para evento del “Día Internacional del HIV” \$ 3500

La oficina de la coordinación se encuentra en la Dirección de Atención Primaria municipal, ubicada en la calle Lavalle 1583, Florida. El teléfono de contacto con la coordinación es el 4-513-6413 o a la dirección de mail [misexualidad@vicentelopez.gov.ar](mailto:misexualidad@vicentelopez.gov.ar)



## Organigrama Formal



Teniendo en cuenta las áreas que abarca el programa, éstas justifican asumirlo como un proveedor de los tres niveles de atención.

Para comprender de manera acabada esa justificación se describirán las actividades desarrolladas por el programa:

### 1. Asistencial

#### Asistencia Médica

El municipio cuenta con servicio de infectología para adultos y embarazadas, no así con infectología pediátrica.

El programa nacional es responsable de la provisión de la medicación tanto para los pacientes portadores del VIH como para el tratamiento de las distintas enfermedades de transmisión sexual. El seguimiento médico y social de este circuito es realizado por el área de trabajo social e infectología de cada efector secundario interviniendo la coordinación para resolver problemas que no puedan sortear estas dos instancias previas.

El servicio de infectología del Hospital Maternidad “Santa Rosa”, conformado por un solo actor, realiza el seguimiento de las pacientes desde el séptimo mes de embarazo, que fueron seguidas previamente en las UAP, y de aquellas consideradas de alto riesgo según las guías de atención prenatal. A todas las mujeres embarazadas que se atienden en el municipio, por ley se les ofrece realizar la serología para la detección temprana de ITS. La infectóloga realiza el seguimiento, tratamiento y control de aquellas mujeres con alguna ITS y de sus hijos recién nacidos. Una barrera importante detectada en la maternidad es que la infectóloga solo atiende por la tarde, generando una barrera en la accesibilidad a esta área.

Desde hace 2 años, el municipio participa de un proyecto de RSV, que a través de un sistema informatizado de resultados de laboratorio que detecta en forma temprana mujeres con serologías positivas para VIH y sífilis con el objetivo de tratamiento temprano evitando tanto la sífilis como el VIH congénito, denominado SIVILA (sistema de vigilancia de laboratorio). El programa municipal participa activamente en la realización de este proyecto.

#### Asistencia Alimentaria

El Programa Nacional también asegura el acceso a una unidad de alimentos como parte de la asistencia del paciente inmunodeprimido. Estos alimentos están relacionados con aquellas ingestas mínimas que favorecen el tratamiento farmacológico de los pacientes portadores de VIH. La gestión para el acceso a las “caja de alimentos” esta a cargo del área de trabajo social de cada efector. Un dato considerado ejemplificador de la tardea de la coordinación fue el de solicitar al servicio de nutrición del hospital municipal, la confección de un “Menú de Recetas” para ser entregado a los usuarios de este beneficio, ya que el responsable de entregar las cajas manifestaba históricamente que los usuarios las abrían el lugar de entrega y solo se llevaban lo que sabían utilizar.

Un obstáculo identificado que afecta a la trabajadora social del hospital municipal es la de la falta de una oficina administrativa, debiendo desempeñar todas sus tareas en simultáneo con la infectóloga durante las consultas médicas, ciñendo su tiempo al de la agenda de infectología ambulatoria. Esta situación, que causa disconformismo en este actor, se encuentra fuera de la gobernabilidad de la coordinación,

Actualmente la coordinación nacional pondrá en marcha la entrega de tarjetas para acceder a los alimentos directamente en el mercado. Esto pretende allanar el trámite de concurrir a buscar la caja de alimentos a los distintos efectores.

### Asistencia Farmacológica

El programa Nacional asegura el suministro de los fármacos autorizados para el tratamiento del VIH y las ITS. La farmacia de los efectores de primer y segundo nivel se encargan del guardo y distribución de la medicación.

### Asistencia Psicológica

Los usuarios del programa que lo deseen tienen acceso al seguimiento por parte del equipo de psicólogos del servicio de psicopatología de los efectores de Atención 2ª.

## 2. Preventivo

La coordinación se desempeña en la gestión de recursos necesarios para el trabajo en prevención en la comunidad como son la provisión y distribución de preservativos y folletería provenientes del programa nacional. Dado el fluctuante aporte de folletería y preservativos, desde el Programa Nacional, considerado uno de los principales obstáculos para las actividades preventivas, la coordinación del programa se encarga de gestionar la compra de preservativos con recursos municipales y el diseño de folletería a través de la articulación intersectorial con áreas municipales que cuentan con diseñadores gráficos y además con la imprenta municipal. Todos los recursos son aportados por la Secretaría de Salud.

Se realizan actividades focalizadas en aquella población vulnerable, niños, adolescentes, jóvenes, embarazadas y población de bajos recursos, durante todos el año a nivel escolar, talleres en los centros de salud, además de actividades que aprovechan la convocatoria de la población (día del amigo, día de la primavera) para realizar actividades preventiva, con asesoramientos, entrega de preservativos y folletería. Estas actividades se llevan a cabo habitualmente en forma conjunta con la Secretaría de Cultura y Deportes municipal y con entidades no gubernamentales locales (Cruz Roja, Grupo de Scouts etc.).

El diagnóstico gratuito, confidencial y voluntario asegurado por la Ley de Sida (Nº 23.798) es sostenido por gestión municipal, debido a la variable provisión de determinaciones (test diagnósticos) desde el programa Nacional (en el caso del VIH el método “ELISA” y para el resto de la ITS las correspondientes de manera específica). Esta gestión esta a cargo directamente de la jefatura los laboratorios municipales (del Hospital Municipal, el Hospital-Maternidad “ Santa Rosa” y el Geriátrico Municipal) sin mediación de la coordinación del programa ni la RSV. Por protocolo, de hallarse un resultado positivo, éste se debe repetir. Si

los dos estudios resultan positivos, el test confirmatorio final, denominado Western Blot, se realiza por convenio a través de una red coordinada por RSV en el Hospital Belgrano, del Municipio de San Martín. El municipio ha realizado convenio con 18 laboratorios privados locales para realizar, entre otros estudios, la serología para la detección del virus, facilitando a la comunidad el acceso a la realización del test.

Es objetivo central del programa que el uso de métodos de barrea, como el preservativo logre ser incorporado como método de planificación familiar y prevención de las infecciones de transmisión sexual. Este objetivo intenta ser llevando a cabo a través de la realización de campañas educativas tendientes a la promoción de prácticas sexuales que impliquen un menor riesgo de adquisición de ITS. También se creó una línea de correo anónimo y gratuito a la que se pueden consultar dudas sobre la temática ([misexualidad@vicentelopez.gov.ar](mailto:misexualidad@vicentelopez.gov.ar))

Un sector vulnerable de la población, los usuarios de drogas ilícitas, son seguidos por los Centros de Prevención de Adicciones provinciales (CPAD) quienes ante la necesidad se articulan, informalmente, con el programa. Esto es un aspecto que se encuentra por fuera de la actividad del programa.

Los trabajadores sexuales no tienen un espacio específico en el área de prevención, siendo un tema pendiente del programa.

### 3. De Capacitación

La educación continua del equipo de salud con el objetivo de brindar herramientas para el trabajo con la población ha sido una prioridad desde el inicio de esta coordinación. Se han llevado a cabo “Jornadas de Actualización del Equipo de Salud” con la tutoría del equipo coordinador de RSV y una Capacitación en Asesoramiento (pre y post test) del equipo de salud municipal. Durante el año 2008 se han capacitado cerca del 45% del equipo de salud de Atención Primaria, con la participación de la infectóloga de atención ambulatoria del hospital. La convocatoria fue abierta a todo el personal de las UAP. La propuesta fue que cada integrante del equipo de salud (administrativos, psicólogos, odontólogos, obstetras etc.) pueda encontrar dentro de su área de desempeño, aquella forma de trabajar en la temática. Parte de los objetivos de esta modalidad de capacitación por parte de la coordinación fue la de estimular el trabajo en equipo. Esta capacitación será realizada en los niveles secundario y terciario de atención durante el año 2009.

#### 4. Epidemiológico

El programa realizaba la VE a través de la Dirección de Epidemiología Municipal hasta el inicio de la actual coordinación. Como fue mencionado con anterioridad, conflictos político-institucionales generaron una negativa a la participación de dicha dirección. Así es que quedó a cargo de la coordinación frente a esta área sin una especial formación en temas epidemiológicos.

Su labor reside en la recolección y el procesamiento de las denuncias provenientes del nivel primario, secundario y terciario de atención para luego referenciarlas a RSV quien a su vez las eleva a la coordinación Nacional.

Los responsables de cada efector de todos los niveles de atención deben asegurar la disponibilidad de fichas de notificación de VIH y de las ITS. Algunos aspectos burocráticos del sistema limitan la disponibilidad de las mismas. Como uno de los resultados de informe se identificó que esta situación fue manifestada por los profesionales como una barrera para la confección de las fichas de notificación.

De la descripción precedente se desprende que muchos son los actores intervinientes en el proceso de atención de pacientes en el marco del Programa de Prevención de VIH-Sida E ITS. Se describirá con mayor detalle a aquellos involucrados en la problemática de los subregistros.

La coordinación, con cargo de médico de planta municipal de 24 horas, depende de la Secretaría de Salud y Acción Social, en particular de la Subsecretaría de Salud, quien brinda un alto grado de autonomía en relación a la toma de decisiones de los ejes de trabajo, prioridades y actividades.

El hecho de estar físicamente localizada la sede de trabajo bajo la esfera de la Dirección de Atención Primaria, la autoridad inmediata a elevar informes es la Directora de Atención Primaria, quien por las altas responsabilidades y demandas de su cargo, permite una autonomía elevada para la toma de decisiones.

Visto desde este punto de vista, la autonomía es marcadamente menor en relación a el equipo de salud, que por el gran número de componentes y su heterogeneidad de formación y

funciones, limita de manera importante las posibilidades de acciones articuladas hacia el interior y entre los 3 niveles de atención.

La coordinación del programa tiene escasa injerencia en relación al recurso económico del programa. Durante la formulación del presupuesto anual municipal no fue convocada la coordinación asumiendo gastos similares al año previo, sin detenerse en el crecimiento del programa.

En cuanto a la gestión de los componentes relacionados al recurso humano, el grado de autonomía para la toma de decisiones en relación al mismo es nulo. La coordinación del programa es unipersonal. No cuenta con ningún recurso humano que dependa directamente del programa. Utiliza la buena voluntad del personal administrativo y auxiliar de la Dirección de Atención Primaria para desempeñar las tareas administrativas.

Una de las principales ventajas competitivas del programa es la “dedicación exclusiva del cargo municipal al programa” ya que normalmente los Coordinadores de Programas Municipales dividen sus horas de trabajo entre asistencia y coordinación. Inicialmente la distribución horaria fue de solo 6 horas para la coordinación y 18 para asistencia. Luego de un año de esta distribución horaria la coordinadora gestionó la inversión de la carga horaria y desde junio del corriente año, logro desplazar el 100% de su carga horaria a la coordinación.

Una ventaja propia de la coordinadora del programa, como directora ejecutiva de la unidad de análisis, es la capacidad individual de generar cohesión y convocatoria. De esta manera ha generado lazos con otros programas para el trabajo conjunto con los que comparte beneficiarios (Programa de Salud Sexual y Reproductiva, Jefe del Servicio de Adolescencia del Hospital Municipal) y sumar y compartir tareas con jefes de servicio y de Centros de Salud.

Los responsables intermedios como infectólogos, farmacéuticos y técnicos de laboratorio a cargo de los pacientes VIH positivos están habituados a trabajar de manera aislada, sin responder a la coordinación como tal, sino incorporándola como par. Se presume que esto puede ser así porque ya se desempeñaban con anterioridad a la creación del cargo de coordinación y no hubo una presentación formal de rol y función de las autoridades al momento de asumir la coordinación.

Una debilidad del programa es la falta de articulación con organizaciones no gubernamentales que estén relacionadas directamente con la temática. Aún no se ha llevado a cabo ninguna planificación en relación al trabajo en esta área.

La Subdirectora de Gestión de Políticas de Salud, es un actor importante de apoyo en la gestión en el programa. Su aporte al programa data desde el inicio de la gestión actual de coordinación, cuando se desempeñaba como trabajadora social encargada del área de docencia en la Dirección de Atención Primaria, cuando el actual Subsecretario de Salud, cumplía el rol de Director de esa área. Ambos han resultado ser actores facilitadores del trabajo llevado a cabo por el programa.

Durante los primeros meses del año 2004, es nombrada la primera coordinadora del Programa de Prevención de VIH-Sida y ITS municipal, desempeñando su cargo desde la Dirección de Epidemiología municipal. Dos años y medio más tarde, quien suscribe, asume ese rol, con sede en la Dirección de Atención Primaria dependiente la Secretaría de Salud.

## MARCO TEÓRICO

Para la construcción del marco teórico se revisará primero la literatura nacional e internacional en relación a la temática y también de otras vinculadas a las ENO pero no ITS, para posteriormente describir las características de la VE y de las Normas de Notificación de las ENO.

La revisión bibliografía realizada sobre el tema del subregistro y sus causas aportó una multiplicidad de estudios nacionales e internacionales. En ellos se da cuenta de los antecedentes de subregistro en la notificación de las ENO, específicamente de las ITS. Se citaran aquellos que más representativos.

En el año 1984 la *Public Health Repots* publicó un trabajo realizado en 1982 por dos jóvenes médicos, Knowitz y Petrossian. En este trabajo titulado *The underreporting of disease and physicians' knowledge of reporting requirements*<sup>4</sup> y a la luz del conocimiento de la existencia de subregistros de ENO, intentaron describir el conocimiento de los médicos acerca de los requisitos para la notificación de ENO y cuáles eran las causas para no cumplir con dichos requisitos. Para esto aplicaron una encuesta anónima a 168 colegas. La encuesta listaba 12 posibles causas para no realizar la notificación de las cuales se debía optar por 3 en orden de importancia. De este estudio se extrajo que las razones más reiteradas para no cumplir con las notificaciones de las ENO fueron: “no sabe cómo notificar”, “no sabe que enfermedades deben notificarse” y “notificar lleva mucho tiempo”. Las dos primeras confirman la hipótesis de la falta de conocimiento acerca del proceso de notificación y la última evidencia una actitud negativa en relación a la notificación.

En el mes de septiembre del año 2002, la *American Journal of Epidemiology* publicó el artículo *Completeness of Notifiable Infectious Disease Reporting in the United States: An Analytical Literature Review*<sup>5</sup>, una revisión sistemática de la literatura disponible relacionada con la calidad del registro de las ENO en Estados Unidos. En esta revisión que abarcó a todos los estudios publicados desde 1970 a 1999, de los cuales se seleccionaron 33 que coincidían

---

<sup>4</sup> Disponible en Public Health Rep. 1984 Jan-Feb; 99(1): 31–35

<sup>5</sup> Disponible en <http://aje.oxfordjournals.org/content/155/9/866.full.pdf>



en los criterios de inclusión. De esta revisión se concluyó que el subregistro es muy variable y que depende del tipo de enfermedad. Que enfermedades como el HIV, la Tuberculosis y las ITS son las que mejor grado de notificación presentan, creen debido al impacto en la salud individual y pública. En esta misma revisión se estudiaron los motivos manifestados por los profesionales de salud para no cumplimentar debidamente las notificaciones de las ENO. Entre las razones citadas se incluyeron, la falta de conciencia de la obligación legal de notificar, la falta de conocimiento de lo que son las ENO, la falta de conocimientos de cómo o quién debe informar, la suposición de que alguien más va a denunciar el caso, la omisión intencional de la denuncia para proteger la privacidad del paciente, la falta de reconocimiento a aquel que notifica y la falta de sanciones por no informar.

En el año 1999, ONUSIDA-OMS-OPS publica las *Pautas para la Vigilancia de Infecciones de Transmisión Sexual*<sup>6</sup> (Grupo de Trabajo sobre Vigilancia Mundial del VIH, el SIDA y las Infecciones de Transmisión Sexual). En este trabajo se hace hincapié en la recolección, análisis, difusión y uso oportuno de los datos que se pueden obtener de manera corriente sobre la población general y ciertos grupos de población en un país determinado. Los datos obtenidos por medio de los sistemas corrientes de vigilancia de la salud pública deben interpretarse teniendo en cuenta sus sesgos y limitaciones, si bien pueden proporcionar información valiosa sobre la carga de enfermedad y algunos aspectos programáticos de los servicios. El fortalecimiento de los sistemas de vigilancia debe constituir un elemento central de la actividad mundial destinada a reforzar los programas de prevención de las infecciones de transmisión sexual y el VIH en todos los países.

Otros estudios vinculados con el subregistro pero no específicamente con las ITS, como el publicado en septiembre del año 2006 por la Agencia de Salud Pública de Canadá, en el cual S.M. Friedman, L.A. Sommersall, M. Gardam, T. Arenovich estudiaron el subregistro de enfermedades de declaración obligatoria en los departamentos de emergencia de Canadá aplicando una encuesta de conocimiento de los médicos de emergencias, sus prácticas y las barreras por ellos percibidas<sup>7</sup>. Los resultados obtenidos no difieren de manera cualitativa ni cuantitativamente en relación a la revisión sistemática previamente mencionada realizada en

---

<sup>6</sup> Disponible en [http://www.who.int/hiv/pub/sti/en/cds\\_csr\\_edc\\_99\\_3sp.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/sti/en/cds_csr_edc_99_3sp.pdf)

<sup>7</sup> Suboptimal Reporting Of Notifiable Diseases In Canadian Emergency Departments: A Survey Of Emergency Physician Knowledge, Practices, And Perceived Barriers SM Friedman, L-A Sommersall, M Gardam, T Arenovich, Disponible en <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/06vol32/dr3217a-eng.php>

el 2002.

Un poco más adelante en el tiempo y en el contexto de la situación emergente de la Pandemia por el Virus de la Influenza, la *New England Journal of Medicine* en el año 2009 publicó los resultados sobre un Artículo Original de Gerardo Chowell y otros, donde dan cuenta que los datos deben ser analizados teniendo en cuenta el subregistro de los sistemas formales<sup>8</sup>

Para finalizar la descripción de los estudios elegidos para contextualizar la problemática se citará un estudio publicado en la Revista Médica de Chile en septiembre del 2006, llamado *Dificultad para el diagnóstico clínico temprano del dengue en un área endémica y su impacto sobre el manejo médico inicial*. Este estudio fue llevado a cabo por Martínez-Vega R., Alexander Díaz-Quijano F., Villar-Centeno L.A., en el Centro de Investigaciones Epidemiológicas de la Universidad Industrial de Santander de Bucaramanga, Colombia. Estos investigadores describen la dificultad existente para el diagnóstico de Dengue por las características propias de la enfermedad y su forma habitual de presentación (síndrome febril agudo inespecífico) pero teniendo el subregistro existente en torno al Dengue en base a otro estudio Colombiano llevado a cabo por Camacho T., et al.<sup>9</sup> plantean como hipótesis causal que el tiempo requerido para llenar la ficha, que debe hacerse durante la consulta médica, sea un factor que influya negativamente sobre la notificación de los casos y la utilización del diagnóstico en las historias clínicas.

A esta síntesis de la revisión de la literatura existente en relación a el subregistro en general de las ENO y en particular de las ITS, debe sumarse que aunque no se ha encontrado revisión local de la temática, las autoridades de RSV asumen el subregistro como existente y mencionan han decidido priorizar asuntos de mayor impacto en la salud pública (como la detección de ITS congénitas).

### **Descripción de la Vigilancia Epidemiológica en Argentina<sup>10</sup>**

En este apartado se describirán en primera instancia las Características de VE en general y

---

<sup>8</sup> Disponible en Engl J Med 2009; 361:674-679 August 13, 2009

<sup>9</sup> Incomplete surveillance of a dengue-2 epidemic in Ibagué, Colombia, 1995-1997. *Biomédica* 2004; 24: 174-82

<sup>10</sup> La fuente de información para la revisión de este apartado es el Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Enfermedades de Notificación Obligatoria Revisión Nacional 2007

luego las Características de la VE de las ENO.

### Características de la Vigilancia Epidemiológica

Las acciones de la VE tienen el acento puesto sobre la detección oportuna de los distintos eventos para realizar intervenciones preventivas y de control de su potencial impacto sobre la salud pública.

Se debe tener presente que todos los niveles del sistema de salud tienen la responsabilidad y la competencia de llevar adelante las actividades de VE.

Son 95 los *eventos bajo VE* que deben ser notificados de manera obligatoria. Estos eventos se agrupan en base a su principal mecanismo de transmisión o vinculadas a las acciones de prevención y control. Así quedan conformados dieciséis (16) grupos separados en tres categorías:

| Enfermedades transmisibles   | Enfermedades no transmisibles  | Otros  |
|--|--|--|
| 1. Dermatológicas<br>2. Gastroentéricas<br>3. Hepatitis Virales<br>4. Infecciones de transmisión Sexual (I.T.S.)<br>5. Inmunoprevenibles<br>6. Meningoencefalitis<br>7. Respiratorias<br>8. Vectoriales<br>9. Zoonóticas | 1. Lesiones por causas externas intencionales y no intencionales<br>2. Intoxicación Aguda por agentes químicos<br>3. Envenenamiento por Animales ponzoñosos. | 1. Viruela<br>2. Brote de cualquier etiología.<br>3. Otros eventos con Riesgo para la Salud Pública (otros eventos infecciosos no incluidos en el listado, evento de causa desconocida, desastres naturales, epizootias, accidente químico, accidente nuclear, etc.).<br>4. Infecciones Nosocomiales |

La organización de la VE se estructura en 4 niveles

1. Población: Hace referencia a toda persona que habita en territorio argentino.
2. Nivel Local: Comprende a los profesionales de la salud que estén en contacto directo

con la población atendida. En algunas Jurisdicciones existen niveles intermedios que engloban varios niveles locales. Este nivel envía datos en formato de Planillas C2 y fichas específicas de acuerdo a las enfermedades de notificación obligatoria. Su intervención es de tipo individual y poblacional.

3. Nivel Central Provincial: Comprende a los integrantes de la Dirección Provincial de Epidemiología. Este nivel remite la información consolidado en planillas y fichas específicas de acuerdo a la enfermedad de notificación obligatoria. Su intervención es del tipo individual y poblacional.
4. Nivel Central Nacional: Este nivel de organización se encuentra dentro de la estructura del Ministerio de Salud de la Nación con el nombre de Dirección de Epidemiología. El nivel central remite información a organismos internacionales, según norma. Su intervención es del tipo poblacional y normativa.

Cada nivel tiene responsabilidades específicas

- Nivel Local

El dato que consigna este nivel actúa como disparador de la vigilancia ante la sospecha diagnóstica, poniendo en marcha los mecanismos de notificación, observación continua, monitoreo, alerta, alarma y control.

Es responsabilidad de este nivel:

Realizar el monitoreo y análisis de los datos primarios.

Detectar en forma oportuna la ocurrencia de un evento adverso de salud en la comunidad.

Iniciar de inmediato las acciones de control según normas específicas.

Solicitar apoyo al nivel jurisdiccional en caso necesario.

Notificar los casos de acuerdo a normas al nivel inmediato superior.

Informar de las acciones de control realizadas al nivel inmediato superior.

Participar en programas de capacitación de temas relacionados con la vigilancia.

Promover y ejecutar estrategias de comunicación social.

- Nivel Jurisdiccional

Programar, coordinar y supervisar las actividades de VE en el ámbito jurisdiccional.

Promover la capacitación del recurso humano que intervenga en el SINAVE.

Realizar las investigaciones epidemiológicas que correspondan a su ámbito.

Recepcionar, consolidar, procesar, analizar y difundir en forma continua la información del área de su jurisdicción.

Elaborar y difundir los boletines epidemiológicos provinciales.

Impulsar la utilización de diferentes fuentes de datos con el fin de identificar los factores de riesgo.

Participar en la elaboración de estrategias de comunicación social.

Coordinar actividades con las Instituciones jurisdiccionales y nacionales de referencia.

Dar el alerta y coordinar las acciones de intervención necesarias cuando el problema supera el limite de nivel local.

Participar en la formulación de planes y programas de salud en la organización de la prestación de servicios en el ámbito jurisdiccional.

Remitir la información de acuerdo a normas al nivel inmediato superior.

- Nivel Nacional

Mantener actualizada las normas de VE de acuerdo a las necesidades del país, con la participación de los responsables de las jurisdicciones.

Adecuar, generar y/o facilitar los instrumentos de análisis epidemiológicos.

Promocionar la capacitación del recurso humano articulando con las Instituciones de referencia del País u otros.

Realizar análisis e investigaciones epidemiológicas en el ámbito nacional sobre la base de la información suministrada por las provincias.

Recepcionar, consolidar, procesar, analizar y difundir en forma continua la información remitida por las jurisdicciones.

Asesorar, evaluar y actuar sobre los problemas de salud considerados de relevancia nacional o de aquellos imposibles de controlar en forma aislada por las provincias.

Cooperar científica y técnicamente con los distintos niveles sobre la adopción de medidas de control.

Elaborar y divulgar boletines epidemiológicos nacionales, informes y otros instrumentos para garantizar la retroalimentación del sistema.

Proveer a organismos internacionales la información epidemiológica según normas internacionales.

Promover la participación en la elaboración de estrategias de comunicación social

Para cumplir con su función la VE debe implementar las siguientes actividades:

A - Recolectar y notificar los datos

B - Consolidar, procesar y analizar los datos

- C - Formular recomendaciones para la intervención oportuna
- D - Difundir la información y finalmente
- E - Supervisar y evaluar

A continuación se detallarán los contenidos de cada una de estas actividades.

#### *A - Recolectar y notificar los datos*

La recolección del dato ocurre en todos los niveles del sistema de salud. La fuerza y valor de la información (dato analizado) depende del proceso de generación y comunicación del dato, que se basa en la correcta identificación, diagnóstico e investigación de los casos por parte de un equipo de salud adecuadamente capacitado.

La notificación debe realizarse con la modalidad de vigilancia y la periodicidad que se establece en el cuadro de patologías bajo vigilancia (ver página anterior).

La lista de enfermedades y daños bajo vigilancia han sido definidos a partir de los hechos prioritarios posibles de monitorear a través del sistema nacional. Para concretar la misma se han seguido criterios de magnitud, gravedad del daño, vulnerabilidad, impacto social, reglamento sanitario internacional y compromisos internacionales.

Modalidad de notificación define el método de remisión del dato y depende del evento. Esta puede ser: numérica, individualizada, búsqueda activa, negativo y estudio de brote.

La periodicidad es el tiempo que transcurre entre la recolección y la remisión del dato: semanal, inmediata.

#### **Fuente de datos:**

La selección de las fuentes de datos está estrechamente vinculada a la información que requiere el objetivo de la vigilancia. Debido a ello además de las fuentes tradicionales de VEs (Planillas C2), informe de laboratorio (Planillas L2), Estudios de brote, Notificaciones de centros centinela, es necesario integrar otras fuentes.

Fuentes básicas (consulta externa, internación, guardia): Hospitales, Centros de Salud, Unidades Centinelas, Laboratorios y Establecimientos Privados.

#### Otras fuentes

- a) Estadísticas vitales (nacimientos, muertes, causas de muerte)
- b) Estadísticas hospitalarias (egresos, egresos por residencia y producción de servicios)

- c) Estadísticas y censos (datos demográficos y encuestas permanentes de hogares)
- d) Datos ambientales (registros permanentes, periódicos)
- e) Registros de tumores
- f) Bancos de drogas
- g) Bancos de sangre
- h) Otros organismos de salud gubernamentales y no gubernamentales (ANMAT, INPPAZ, OPS, INCUCAI, etc.)
- i) Laboratorios: datos no contemplados en el informe de laboratorio (L2), estudios de biología molecular
- j) Rumores y medios masivos de difusión

#### Fuentes especiales de datos:

Las investigaciones epidemiológicas operativas, de campo, de casos clínicos, encuestas poblacionales, pueden representar una fuente especial de datos que complementen los objetivos y el propósito del sistema.

Unidades Centinelas: la información obtenida de estas unidades permite caracterizar mejor el evento en estudio aun cuando no se pueda conocer con precisión su incidencia ya que se trata de una información sin base poblacional.

#### *B - Consolidar, procesar y analizar los datos*

Cada nivel usa los datos de forma diferenciada:

Nivel local: genera el dato. Las tareas son recogidas, y se realiza su depuración, clasificación y remisión de los datos al nivel superior. Realiza el primer nivel de análisis, consistente en una valoración sintética en tiempo, espacio y persona.

Nivel Jurisdiccional: realiza el análisis de la información e integra la información procedente de los tres componentes del subsistema general (declaración de caso, de laboratorio y de brote). Esta empieza con el procesamiento estándar de la información en tiempo, espacio y persona para la identificación de las situaciones epidémicas y otras anomalías.

Nivel nacional: realiza el análisis de la información, como síntesis del País. Identifica los problemas de ámbito general y de mayor impacto, cambios de tendencia y se orienta hacia la planificación, ejecución y evaluación de programas.

### *C - Formular recomendaciones*

Nivel local: intervenciones sobre el individuo: medidas preventivas para el control del caso y sus contactos; seguimiento de la población en riesgo; control del ambiente familiar; actividades preparatorias para el estudio de brotes.

Nivel jurisdiccional: intervenciones sobre población: medidas colectivas sobre el ambiente; aplicación de la legislación sanitaria; estudio de brotes epidémicos y aplicación de las medidas para su control; evaluación de los programas de salud en su ámbito de competencias.

Nivel nacional: intervenciones en el marco institucional y político: medidas sobre población; modificación legislativa y normativa; recomendaciones sobre los programas de salud; medidas de sanidad internacional.

### *D – Difundir la información*

La difusión tiene como fin más relevante la retroalimentación del sistema. Puede ser periódica y eventual ante circunstancias especiales. Los medios de difusión deberán ser correo electrónico, pagina web, fax, publicaciones.

Se propone para nivel provincial:

Boletín Semanal de Notificaciones: con periodicidad semanal y distribución a los niveles locales.

Boletín Epidemiológico Provincial: con periodicidad trimestral y distribución a niveles locales y provinciales.

Se propone para nivel nacional:

Boletín Semanal de Notificaciones: con periodicidad semanal y distribución a los niveles provinciales como mínimo.

Boletín Epidemiológico Nacional: con periodicidad trimestral y distribución a niveles provinciales e Internacionales.

Publicaciones Especiales: se refiere a circulares, informes, comunicaciones, de acuerdo a las necesidades.

La publicación anual (provincial y nacional) deberá cumplir la característica de consolidado o memoria que sirva de base de datos, bibliografía, análisis y diagnóstico de situación provincial y nacional.

### *E - Evaluación y supervisión*



Es de fundamental importancia contar con mecanismos de evaluación del Sistema. La evaluación puede ser directa a través de visitas, o indirectas a través de informe de actividades. Existen mecanismos de evaluación permanentes que permiten conocer de manera indirecta el funcionamiento del sistema.

Los indicadores del sistema general se relacionan con sus atributos determinando la calidad del mismo. Se proponen utilizar los siguientes indicadores de evaluación:

#### De estructura

Porcentaje de horas profesionales dedicadas a actividades de vigilancia

Disponibilidad de recursos para procesamiento y comunicación: computadores, FAX, TE, correo.

#### De proceso

Número de personas por notificación.

Cobertura: Porcentaje de establecimientos que notifican (según nivel de complejidad, según sector, según áreas geográficas).

Porcentaje de establecimientos con retraso en notificaciones generales mayor de 3 semanas.

Porcentaje de establecimientos con retraso en notificaciones de patologías de eventos con notificación individualizada mayor de 3 semanas.

Porcentaje de ítems cumplimentados en Fichas Específicas.

#### De resultado

Índice epidémico analizado.

Canal endémico analizado.

Número de informes o boletines difundidos según niveles.

Los siguientes son los atributos del Sistema de VE para su Evaluación

- ✓ Simplicidad: Representa la estructura y facilidad de operación del sistema.
- ✓ Flexibilidad: Representa la posibilidad de adaptarse a los cambios en las necesidades de información o de estructura con costo adicional, tiempo y recursos humanos mínimos.
- ✓ Aceptabilidad: Refleja el deseo manifiesto de individuos y organizaciones para participar activamente del sistema de vigilancia.
- ✓ Sensibilidad: Representa la habilidad para detectar brotes y epidemias a nivel comunitario.
- ✓ Predicción positiva (PP)

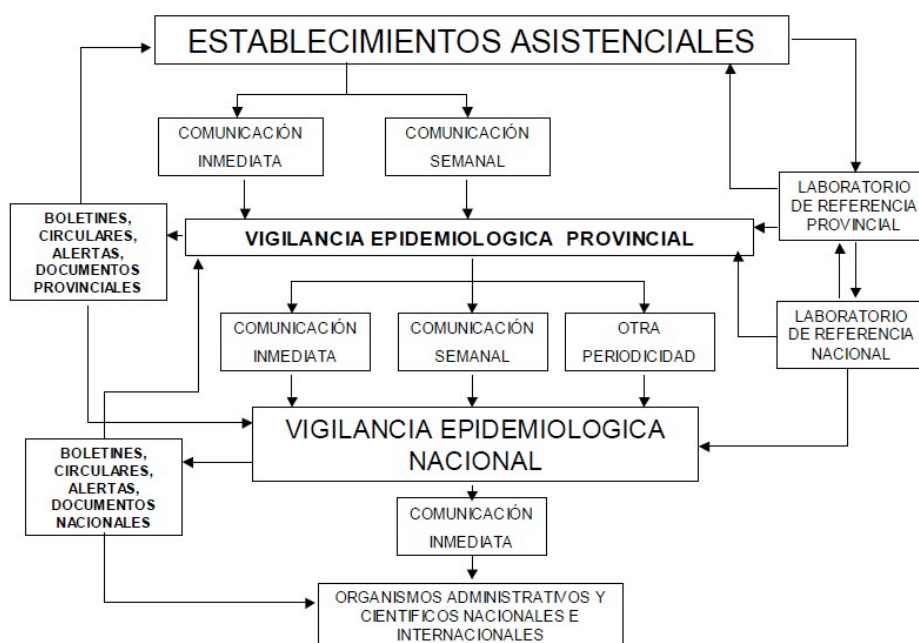
El valor de la PP es la proporción de personas identificadas como Caso confirmado

sobre el total de notificados como casos; refleja la sensibilidad del sistema, especificidad del diagnóstico del caso definido y la prevalencia de la condición en la población.

- ✓ Representatividad: Es la posibilidad de generalizar la información que aporta el sistema a la población cubierta.
- ✓ Oportunidad: Representa el tiempo transcurrido entre la aparición del evento, la notificación al sistema, la demora en la identificación de las tendencias y/o la demora en el inicio de las intervenciones para la instalación de medidas de control o prevención.

### Flujograma de la Información

A modo práctico se expone el flujograma de la VE Provincial



### Características de la Vigilancia de las ENO

Para la vigilancia de las ENO se utilizan diferentes estrategias, incluso para un mismo evento se selecciona más de una estrategia. Ellas son:

#### *Vigilancia clínica*

Tiene carácter universal. Se notifica ante la sospecha clínica del médico tratante, respetando la definición correspondiente de Caso sospechoso. Le da sensibilidad y oportunidad al sistema.

Luego, se rectifica o ratifica ante la confirmación ya sea por laboratorio o por nexo epidemiológico. Dentro de esta estrategia se encuentra también la vigilancia sindrómica, que agrupa a una serie de enfermedades con manifestaciones clínicas dentro del período prodrómico de similares características.

#### *Vigilancia de laboratorio*

Es una vigilancia complementaria a la vigilancia clínica, le provee especificidad aportando los diagnósticos de agentes etiológicos, reservorios y/o vectores. Tiene como objetivo principal contribuir al conocimiento de eventos de salud en lo referente a las características del agente causal, determinando la frecuencia de los distintos microorganismos, la tendencia de su distribución geográfica y variaciones temporales e identificar los patrones de comportamiento de los distintos agentes.

#### *Vigilancia Centinela*

Se han implementado tres tipos de esta estrategia en el país: unidades, médicos y grupos centinelas. No se utiliza actualmente la estrategia de sitio centinela.

#### *Estudios especiales*

Se trata de estudios epidemiológicos que se realizan periódicamente, para vigilar tendencias de eventos. Generalmente son estudios transversales de prevalencia y se utilizan para obtener líneas de base y luego se aplican con una determinada periodicidad para conocer los cambios en la tendencia relacionado con implementación de medidas de control.

#### Modalidades de notificación de las ENO

1. Numérica: Corresponde a eventos en los que la cantidad de casos registrados se notifican según grupos de edad y lugar de ocurrencia.

2. Individual

Corresponde a eventos en los que el caso se notifica en forma individual y se subdivide en:

Individual **sin** ficha de investigación: solo se notifica identificación de la persona, sexo, edad, lugar de residencia, fecha de consulta.

Individual **con** ficha de investigación: se completa una ficha que contiene una serie de variables universales y específicas, diseñadas para cada evento en cuestión<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Estas son las fichas de notificación sobre las que hace foco esta investigación

3. Negativa: corresponde a eventos bajo programa de eliminación.

### Periodicidad y vía de notificación

Teniendo en cuenta la frecuencia e impacto en salud de las personas y la comunidad, así como la necesidad de lograr la adecuada oportunidad en la notificación para facilitar la implementación de las acciones de investigación y control se define la periodicidad de la notificación en:

#### **Inmediata**

Corresponde a aquellos eventos que requieren una intervención inmediata, por lo que la notificación se realiza ante la sospecha clínica. Se realiza dentro de las 24 hs. de ocurrido el caso utilizando como vía de comunicación del caso el teléfono, fax, correo electrónico y la carga *on line* en el software específico del sistema nacional de vigilancia.

#### **Semanal**

Corresponde a aquellos eventos generalmente endémicos y que no requieren de una intervención inmediata excepto que se trate de un brote. La notificación se realiza ante el caso sospechoso y posteriormente se ratifica o rectifica con la confirmación según corresponda. Se utiliza como vía de comunicación la carga *on line* en el software específico del sistema nacional de vigilancia y alternativamente el correo electrónico.

#### **Otra**

Se trata de eventos que requieren de estudios especiales como por ejemplo estudios de prevalencia o de frecuencia en poblaciones específicas (bancos de sangre, embarazadas, niños < de 5 años, población en general, etc.) y se notifican en general trimestralmente, semestralmente o cuando se ejecutan. Se utiliza la carga *on line* en el software específico del sistema nacional de vigilancia y alternativamente el correo electrónico.

### Instrumentos de recolección de la información

Los servicios de salud cuentan con planillas específicas para cada tipo de notificación:

---

A) Planilla C2: contiene las variables de interés para la recolección de los datos de la vigilancia clínica. Se utiliza como fuente las planillas diarias de consultas (C1), las planillas diarias de los servicios de guardia o emergencia y la de los ingresos y egresos de internados.

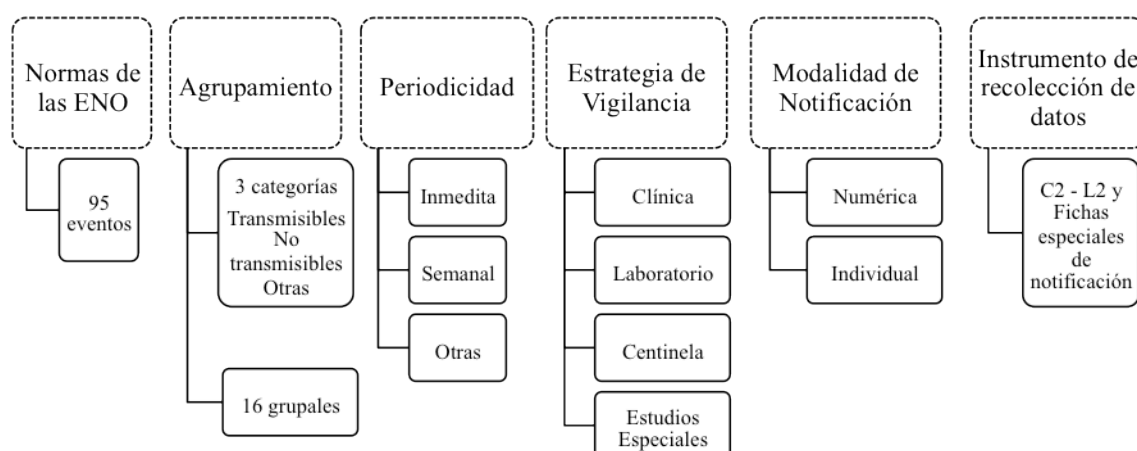
B) Planilla L2: contiene las variables de interés para la recolección de los datos de la vigilancia de laboratorio. Se utiliza como fuentes las planillas de registros de los laboratorios.

C) Fichas Específicas de Investigación de Casos: están diseñadas para cada evento a investigar, o bien para un conjunto de eventos cuya presentación en el período prodrómico es similar (vigilancia sindrómica). Contiene variables universales y específicas.

D) Fichas Específicas de Vigilancia Centinela: están diseñadas según el evento bajo vigilancia centinela, y se dividen en tres sub-fichas (clínica, laboratorio y epidemiología). Contiene variables universales y específicas.

E) Formato específico de Notificación de Brotes: se diseñaron dos tipos de formato, uno para los brotes de Toxo-infección alimentaria y otro para brotes de otra etiología.

### ***Cuadro Resumen de Característica de VE de las ENO***



## **OBJETIVOS**

**Objetivo General:** Indagar, identificar y analizar el subregistro de notificaciones de ITS en el equipo de salud de Atención Primaria del Municipio de Vicente López en el marco del Programa de Prevención de VIH/Sida e ITS.

### **Objetivos Específicos**

- a. Describir y analizar el proceso de registro de las ITS.
- b. Identificar las características de los actores intervinientes en el proceso de trabajo de registro de las ITS y sus modos de intervención en el mismo.
- c. Describir y analizar los obstáculos y posibilidades de los dispositivos de registro de ITS

## MARCO METODOLÓGICO

Los profesionales médicos del equipo de salud de Atención Primaria, sujetos de estudio del problema planteado, además de representar a los actores intervinientes, son un subgrupo de la comunidad del Municipio de Vicente López, con características que le son propias y en un contexto social y cultural definido.

Es preciso corroborar a priori la hipótesis de la existencia del subregistro de las ITS de notificación individual semanal, para luego abordar los posibles motivos asociados desde la perspectiva de los profesionales actuantes. Conocer estas dos dimensiones del problema hace necesaria una metodología cuantitativa para la primera y una cualitativa para la segunda.

La decisión de la metodología a implementar transcurrió a través de un derrotero científico, sociológico y filosófico, bajo la certeza de la complejidad de *construir el conocimiento*.

En principio fue necesario enfrentar los Obstáculos Epistemológicos enunciados por Gastón Bachelard en *La formación del espíritu científico*<sup>12</sup>. Este filósofo, crítico y epistemólogo francés, describió en 1934 los mecanismos psicológicos que resultan en obstáculos para arribar al conocimiento científico, entre ellos se citarán los siguientes:

- ✓ La experiencia básica u observación básica, que remite a imágenes a través de las cuales creemos comprender determinado evento, pero esta observación con condice con lo experimentado.
- ✓ El conocimiento general como obstáculo para el conocimiento científico
- ✓ El obstáculo verbal, el que fundamenta al conocimiento científico y descrea de la imagen
- ✓ El conocimiento unitario y pragmático que enturbia el conocimiento general, sistémico

Posteriormente, enfrentar al menos los dos primeros principios del entendimiento de la realidad formulados por Kant en “*Sistema de principios del entendimiento*”<sup>13</sup> presente en

---

<sup>12</sup> Oscar A. Zapata Herramientas para elaborar tesis e investigaciones socioeducativas Pág. 35

<sup>13</sup> KANT, Immanuel. *Crítica de la Razón Pura* (1781). Pedro Rivas (trad.) Editorial Taurus. 2005 ISBN: 84-306-0594-0 Dep. Legal: M-32.409. En esta obra plantea que el entendimiento de la realidad se fundamenta en cuatro

Crítica de la Razón Pura, el axioma de la intuición y las anticipaciones de la percepción.

Finalmente, quien realiza la contribución clave en relación a la elección de la metodología a implementar fue la Socióloga, Antropóloga Social y Doctora en Salud Pública, María Cecilia de Souza Minayo<sup>14</sup>. Ella cita en su texto *La artesanía de la investigación cualitativa* a su coterránea también socióloga Miriam Limoeiro Cardoso<sup>15</sup>, quien aporta una idea representativa de la complejidad de la formación del conocimiento:

*El conocimiento se hace a costa de muchos intentos y de la incidencia de muchos haces de luz, multiplicando los puntos de vista diferentes. La incidencia de un único haz de luz no es suficiente para iluminar un objeto. El resultado de esa experiencia solo puede ser incompleto e imperfecto, dependiendo de la perspectiva en que la luz es irradiada y de su intensidad. La incidencia, a partir de otros puntos de vista y de otras intensidades luminosas, va dando formas más definidas al objeto, va construyendo un objeto que le es propio. La utilización de otras fuentes luminosas podrá formar un objeto integralmente diverso, o señalar dimensiones enteramente nuevas al objeto.*

Así, si tomamos al aporte/mirada de cada uno de actores implicados en la confección de notificaciones podremos acercarnos a delimitar el perfil del objeto en estudio, es decir, identificar los determinantes del subregistro.

Entonces, se hizo clara la necesidad de la utilización de una metodología que convine componentes cuantitativos y cualitativos, se instaló en primer plano la Triangulación de Métodos.

En el capítulo 12 del texto citado con anterioridad, de Souza Minayo sostiene que del encuentro de saberes que se produce entre la epidemiología y las ciencias sociales se genera una colaboración interdisciplinaria generando productos con miradas y resultados transdisciplinarios y que denomina Triangulación Metodológica.

Continúa planteando que la triangulación de métodos puede ser entendida como una dinámica

---

principios: los axiomas de la intuición, las anticipaciones de la percepción, las analogías de la experiencia y los postulados del pensamiento empírico en genera.

<sup>14</sup> DE SOUZA MINAYO, María Cecilia. *La artesanía de la investigación cualitativa*. Viviana Martinovich (trad.). Lugar Editorial. 2009. pág. 141 ISBN 978-950-892-331-8

<sup>15</sup> LIMOEIRO CARDOSO, Miriam. *La construcción del conocimiento*. México. Ediciones ERA, 1977.



de investigación que integra el análisis de las estructuras, de los procesos y de los resultados, la comprensión de las relaciones involucradas.

Comprender a los sujetos que intervienen en el proceso en estudio, en este caso los médicos que deben confeccionar las notificaciones, y los resultados del proceso, es decir confección de las notificaciones, deben ser estudiados desde diversos ángulos no solo cuantitativos sino cualitativos, hecho que generará una imagen y no solo un perfil de la situación estudiada.

De Souza Minayo cita al epistemólogo argentino Juan Samaja, quien afirma que *el proceso de investigación, de una forma explícita o implícita, siempre utiliza conceptos y nociones de diversas áreas del conocimiento*<sup>16</sup>. De esta manera la integración entre lo cuantitativo y lo cualitativo se reconcilian para un objetivo común.

Con estos fundamentos los datos objetivos como puede ser el número de notificaciones de ENO de notificación inmediata semanal sobre las ENO confirmadas, se pueden contextualizar en los sujetos que producen esta información.

Es clave poder extraer conclusiones que superen las que cada método pudiera aportar por sí solo, tanto cuantitativa como cualitativas.

Comprometer a los involucrados en el proceso en estudio es un elemento más que aportan este tipo de metodologías.

Dos elementos claves que Minayo considera necesarios para implementar una triangulación metodológica, es decir “un equipo interdisciplinario para trabajar cooperativamente” y “la competencia disciplinaria de cada integrante del equipo”. Esto fue un motivo para repensar la elección de la triangulación como metodología a implementar. Pero aun así se decidió posicionarse en la triangulación como metodología de evaluación del problema.

Los 7 pasos que se identifican para la elaboración de una triangulación metodológica, en el problema elegido para desarrollar esta investigación se presentan imbricados en los resultados de la investigación. Esto es así ya que se considera valioso el relato para la comprensión del

---

<sup>16</sup> SAMAJA, J. Epistemología y Metodología: elementos para una teoría de la investigación científica. Buenos Aires. EUDEBA, 1993

estudio.

Pasos:

1. Formulación del objeto o pregunta principal
2. Elaboración de los indicadores
3. Elección de la bibliografía de referencia y fuentes de información
4. Construcción de los elementos para la colecta primaria y secundaria de la información
5. Organización y realización del trabajo de campo
6. Análisis de la información recolectada
7. Elaboración de un informe final

Los resultados serán presentados de manera articulada con los 7 pasos previamente mencionados

Formulación de objeto o pregunta principal: identificación primaria del problema

El inicio del recorrido para el estudio de la hipótesis del subregistro comenzó con el análisis de las Planillas de Estadística Semanal, propias del municipio, que cuentan con diagnóstico, para cumplimentar con la confección de las Planillas C2. Se analizaron entonces las Planillas de Estadística Semanal del mes de febrero del año 2009 correspondientes a las 20 UAP del municipio. En ellas se identificaron 4 diagnósticos de ITS de notificación obligatoria. En ese mismo se entregó solo 1 planilla de notificación de ITS.

La brecha existente entre ambas cifras fue el puntapié inicial del estudio siendo considerada una evidencia parcial del subregistro a nivel de Atención Primaria de la Salud.

Para llevar a cabo la investigación, se trabajó en terreno, es decir que la búsqueda de los datos se llevó a cabo en las UAP, tanto para el estudio preliminar como para la aplicación de la encuesta.

Elaboración de los indicadores

Los indicadores pensados para recabar la información de la colecta primaria estaba relacionados directamente con un “índice de notificación de ENO” es decir en un período determinado cual fue el número de ENO notificadas sobre el número total recabado por las distintas vías de llegada de información de la VE.

### Elección de la bibliografía de referencia y fuentes de información

Este paso fue descrito en la introducción al Marco Metodológico y a la revisión de la literatura en relación a la temática.

### Construcción de los elementos para la colecta primaria y secundaria de la información

El estudio preliminar del problema se realizó de la manera que se describe a continuación. La herramienta para la colecta secundaria, la encuesta, se formuló previamente a partir de los resultados de la búsqueda bibliográfica de información y de los datos que se desprendieron de la primera colecta.

### Organización y realización del trabajo de campo

#### COLECTA PRIMARIA

Por las características de aplicación de esta fase, donde los colegas supieron de el análisis que se realizó y cuáles fueron sus objetivos, considero que puede haber resultado en una “sensibilización” equipo de salud, al saberse observado.

Durante este estudio se realizó una identificación nominal de los profesionales que asistían a usuarios portadores de una ITS según las planillas de Registro Estadístico Semanal. Uno de estos profesionales en quien se constató la falta de notificaciones, resultó ser referente municipal de otro Programa Nacional, el de Salud Sexual y Procreación Responsable. Esta especial situación motivó el descartar de la randomización esa UAP para evitar conflictos internos al interior de los referentes de programas.

Una vez identificado el subregistro, se avanzó en la evaluación las características del accionar tras las consultas médicas interpretadas como ITS. Para esta tarea, se decidió seleccionar 7 de las 19 UAP restantes del municipio (una desechada). La selección fue aleatoria y por sorteo tanto de la UAP como de los profesionales a quienes se evaluaría.

Previo autorización del Director de Atención Primaria para realizar esta auditoría, se utilizaron las Registro Estadístico Semanal como guía y se revisaron las historias clínicas de los usuarios asistidos con diagnóstico de una ITS. Los resultados ofrecieron una mirada hacia el interior del accionar del equipo de salud.

Se estudiaron un total de 56 historia clínicas, de ellas se extrajeron 4 modalidades asistenciales diferentes

#### COLECTA SECUNDARIA

Los resultados de la colecta primaria fueron informados a las autoridades de Atención Primaria. Se solicitó a las mismas el permiso para profundizar la investigación en relación a los subregistros.

Se informó a la Directora de Atención Primaria del objetivo de la encuesta y se mostró un ejemplar de la misma. Las autoridades aceptaron y avalaron la aplicación de la herramienta. Con este aval se confeccionó en una nota dirigida a la jefatura de las UAP y al equipo de salud que recibió las encuestas.

Las encuestas se hicieron llegar a cada UAP en un sobre de papel, cerrado, con una nota en su portada exterior en la que se explicaba el objetivo de la encuesta, sus características (voluntaria y anónima), quién era el responsable de su aplicación y para que serían utilizados los resultados. En el interior se adjuntó la nota mencionada de las autoridades de la Dirección de Atención Primaria con su aval.

La selección de las UAP a las que se envió las encuestas fue al azar. De las 20 UAP del municipio, una de ellas fue descartada previamente a la selección, por el mismo motivo por el que se la separó del PASO I. Es así que se seleccionaron 5 de entre 19 UAP.

Se definió que se enviarían 10 copias de las encuestas a cada centro debido a que se estimó que ese era el número de profesionales posibles de responder a la encuesta.

Cantidad de encuestas respondidas fue de 37, lo que representa un 74%, número que se consideró suficiente para considerar válidos los resultados.

El lapso en el cual las encuestas se dejarían en las UAP fue de un mes, luego de lo cual fueron recolectadas para su análisis.

#### Diseño de la encuesta (ver anexo 1)

El diseño de la encuesta se realizó en relación a las características de conformación del equipo de salud de las UAP en función al grupo etario de asistencia, focalizando sobre aquellos integrantes del equipo de salud que asisten a individuos sexualmente activos. Se incluyeron a los pediatras ya que asisten a adolescentes.

## RESULTADOS

### Resultados de la colecta Primaria

Las 4 modalidades asistenciales se caracterizaron de la siguiente manera

- α) En 5 historias clínicas (8,92 %) se constataba la fecha del día de la consulta, se mencionaba sucintamente el motivo de consulta (en 4 casos, “*flujo*” y en 1 caso “*prurito vaginal*”), se dejaba constancia de la indicación de un tratamiento general, “*óvulos*” y finalmente, sin dejar constancia del pedido o no de serologías y de realización de notificaciones, se identificaba el profesional actuante con sello y firma.
- β) En 15 de las historias clínicas auditadas (26,78 %) los profesionales actuantes luego de datar la consulta, describieron con más detalle los síntomas clínicos e indicaron tratamiento Sindrómico. Solicitaron serologías para ITS pero no se asentó el hecho de haber confeccionado de la notificación de la ITS que se diagnosticó ya que se recibió el resultado de las serologías resultando positiva para Hepatitis B, referenciado a este paciente al servicio de Infectología del Hospital Municipal.
- χ) En 25 historias clínicas (44,64 %) los profesionales actuantes puntualizaban detalladamente el motivo de consulta, incorporando el tiempo de evolución, antecedentes previos y síntomas sobre agregados, describían los síntomas clínicos y eventualmente realizaban un examen físico (inspección de genitales externos y/o especuloscopia) solicitaban estudios complementarios (cultivo de flujo de ser necesario) y serologías e indicaban tratamiento Sindrómico. Se realizó 1 diagnóstico específico por laboratorio de VDRL a un paciente que fue derivado al Servicio de Proctología. No se dejó constancia de la confección de la notificación correspondiente.
- δ) Finalmente, en 11 de las historias clínicas (19,64 %) los profesionales actuantes indagaban sobre tiempo de evolución de la molestia, antecedentes clínicos de importancia, factores de riesgo para presentar una ITS, realizaban una descripción detallada de los síntomas clínicos y un examen físico. El tratamiento indicado era Sindrómico. Dejaban constancia de la solicitud de serologías para ITS, del asesoramiento pre-test de HIV y de la entrega de preservativos. De las 2 ITS

diagnosticadas, una Sífilis y una Hepatitis B, solo en una historia clínica se dejaba constancia la notificación realizada de con ficha de notificación, solo se dejó constatado en la historia clínica era, solo en un caso se dejó constancia de haber confeccionado las fichas de notificación por la ITS diagnosticada (un resultado de VDRL positiva) y uno de serologías positivas para infección por el virus de la Hepatitis B).

Se descartó de plano realizar una intervención nominal a los tres profesionales actuantes en los casos de las ITS de notificación obligatoria.

Con estos datos, el interés se focalizó en los motivos por los cuales los profesionales no confeccionan las fichas de notificación, para lo cual se diseñó la encuesta que representa el segundo paso de la investigación.

Entonces se decidió aplicar una encuesta a para intentar recabar los motivos por los cuales los profesionales

### Resultados de la colecta secundaria

Aclaración para la comprensión del análisis de la encuesta

Según el tipo de gestión de cada UAP, existe la posibilidad que aquellas que cuentan con pediatría y ginecología no faciliten el acceso a los médicos generalistas a niños, adolescentes y mujeres con consultas ginecológicas/obstétricas.

Para facilitar el análisis se dividieron a los profesionales en 4 grupo, por los grupos etarios de asistencia:

Grupo A quienes solo asisten a niños y adolescente

Grupo B quienes solo asisten a adolescentes y mujeres

Grupo C quienes asisten a adolescentes, mujeres y hombres

Grupo D quienes asisten a niños, adolescentes mujeres y hombres.

Ya que los adolescentes, como grupo etario, sea compartidos por los 4 Grupos es asumido como un punto que desfavorece la validez de la encuesta de manera intrínseca, pero que en el resultado global no genera un sesgo para la interpretación de el objetivo general, es decir focalizar sobre si se realizan o no notificaciones ante ITS.

### Pregunta 1

El objetivo de la primera pregunta tuvo como objetivo el de identificar los grupos de edades a los que asiste el profesional que respondía la encuesta.

De los 37 encuestados, el 27 % pertenece al Grupo A, 35 % al Grupo B, 21,6 % al Grupo C y el 16,4 % restante al D.

### Pregunta 2

De las respuestas ante la consulta sobre si “*Realiza consultas programadas o por guardia de pacientes que presentan como diagnostico presuntivo alguna ITS*” el 51,3 % respondió que sí y el 49,7 % restante respondieron que no.

De aquellos que respondieron que han asistido a individuos con sospecha de una ITS, ninguno pertenece al Grupo A, 42,1 % pertenece al Grupo B, 36,8 % al Grupo C y 21,1 % al grupo D.

De aquellos que respondieron que no han asistido a individuos con sospecha de una ITS, el 61,1 % pertenece al Grupo A, 22,2 % pertenece al Grupo B, 5,5 % al Grupo C y 11,2 % al grupo D.

### Pregunta 3

Esta pregunta indaga sobre si “*cree que las ITS deben ser denunciadas*”.

Las respuestas por “No” fueron 2. Una de ellas perteneciente al Grupo D no justifica su respuesta y la otra perteneciente al Grupo B refiere que es “porque no está internalizado hacer denuncias”.

De los que respondieron que sí, que representa el 94,5 %, 1 (uno) no lo justifico y el resto lo dio las siguientes razones:

1. *Para estudios epidemiológicos*
2. *Se hace prevención del entorno y tratamiento*
3. *Debe quedar asentado para saber qué porcentaje presenta ITS para prevención correctamente.*
4. *Por ser transmisible, para reducir contagio*
5. *Epidemiología, programas costos de salud.*
6. *Es importante tener casuística de las ITS para saber donde se esta parado y ver si las campañas de prevención sirven o no*

7. *Por prevención, para establecer los contactos etc.*
8. *Para realizar prevención.*
9. *Por epidemiología.*
10. *Tratamiento familiar y contactos.*
11. *Para realizar estadística y así un plan de salud para su control.*
12. *Para determinar numero y así disponer de recursos, además para prevención*
13. *Estadística y VE.*
14. *Es necesario como estadística epidemiológica*
15. *Se pueden realizar estadísticas y trabajar sobre ellas.*
16. *Por ser obligatoria.*
17. *Existe ley que lo obliga, para realizar acciones de prevención.*
18. *Son de denuncia oficial y obligatoria.*
19. *De esa forma se pueden presentar acciones tendientes a favorecer su prevención, diagnostico y tratamiento correcto.*
20. *Es necesario tener un mapa epidemiológico.*
21. *Para tratamiento prevención de transmisión vertical y estudio de contacto sexual.*
22. *Debe hacerse control y prevención en los grupos de contacto.*
23. *Justificar los programas de salud sexual.*
24. *Es importante conocer el número de personas infectadas para tomar medidas preventivas en salud pública.*
25. *En caso de niños es por abuso sexual.*
26. *Para que se tomen medidas epidemiológicas.*
27. *Para su tratamiento correspondiente.*
28. *Tiene denuncia obligatoria, sirven para rastrear contactos y estadísticas.*
29. *Hay un programa que recoge (procesa la información estadística) pero no recibimos los mismos resultados/datos.*
30. *Se evita la diseminación de la infección*
31. *Es relevante epidemiológicamente.*
32. *Son de denuncia obligatoria, debido al impacto que provoca para la salud pública.*
33. *Son un problema de salud pública.*
34. *Por manejo epidemiológico, prevención.*



Se analiza de estas respuestas que:

- 16 priorizan motivos “epidemiológicos”, lo que representaría un 47 %
- 11 mencionaron la “prevención” como respuesta, lo que representa 32 % de los totales
- 5 encuestados manifestaron la relación con la “obligatoriedad” de las notificaciones llegando a un 14 %
- 4 respondieron que es para “disminuir los contagios “
- 3 para instaurar tratamiento
- 1 menciona su relación ante “abuso sexual en niños”
- 1 “para justificar el Programa de Salud Sexual”
- 1 hace referencia a la falta de devolución de los resultados

#### Pregunta 4

Al indagar sobre si los “Tiene las Normas de tratamiento Sindrómico del Ministerio de Salud e la Nación a su alcance en el lugar de trabajo”, el 32,4 % respondió que sí, el 43,3 %, que “a veces” el 13,5% y que no y el 10,8 % no respondió

#### Pregunta 5

Esta pregunta explora sobre si “*Considera que cuenta con los conocimientos (actualizados o no) para realizar diagnóstico, tratamiento y denuncia de ITS*”.

Respuestas

El 94, 5 % (35 encuestados) respondió que si a la pregunta si diagnostica ITS, de estos:

- α. El 60 % (21 encuestas) respondió que diagnostica, trata y denuncia. De éstos, los Grupos A y B los hacen con un 23,8 % cada uno, el C con un 14,3 y el D con un 33,3 %.

- β. El 20 % (7 encuestados) refiere diagnosticar y tratar pero no denunciar. De ellos el Grupo B se lleva el 57,1 %, el C el 28,5 y el D 14,4 %
- χ. El 5,7 % (2 encuestados) diagnostica pero no trata ni denuncia. Uno de ellos refiere que deriva a ginecología infantil para su tratamiento y el otro no justifica el motivo. Ambos pertenecen al Grupo A.
- δ. El 8,5 % (3 encuestados) refiere que diagnostica, no trata y **denuncia**. Dos de ellos, del los grupos A y C no lo justifican y el último, del Grupo A refiere que “*en el lugar donde trabajo no entregan medicación para ITS*”.
- ε. El 5,7 %, (2 encuestado) del Grupo A refiere diagnosticar y tratar pero dejo el casillero libre en relación a la denuncia. Ambos pertenecen al Grupo A.

## ANÁLISIS

El índice de notificación fue del 25 %. De ellas 2 (dos) con diagnóstico de Hepatitis B y 2 de Sífilis. De estas últimas, solo en 1 (uno) caso se dejó constancia en la historia clínica haber confeccionado la ficha de notificación (con diagnóstico de Sífilis). Confirma en subregistro de ITS.

Como primer punto hubiera sido óptimo aplicar la encuesta primero a un grupo piloto. A pesar de haber sido evaluada por las autoridades previamente a la implementación, hubo asuntos en relación al diseño que podrían haberse evitado y de esta manera lograr mejores resultados, más representativos de los que se deseaba indagar.

Un ejemplo de lo antedicho es la Pregunta 1, en la que se considera una desventaja en su redacción donde aparece la mención de “*área de atención*” y esto en el contexto de la APS no hace referencia a las edades ni a los sexos y podría haber resultado en un factor de confusión sin estar el cuadro con las opciones.

De esa encuesta se desprenden los siguientes puntos

- De la pregunta 2: Los profesionales que asisten a niños y adolescentes no creen haber asistido a individuos con sospecha de una ITS.
- De la Pregunta 3: Aunque en algunos casos coincidían en más de una justificación, se interpreta como que la mayoría de los profesionales conoce el valor epidemiológico de las notificaciones y su relación con la prevención en menor medida.

La justificación en caso de “abuso sexual de niños” es incorporado a los pertenecientes al 2º punto analizado. Aún así, es llamativo el bajo número de respuestas en relación a la obligatoriedad. Esto podría deberse a falta de conocimiento del carácter obligatorio de las notificaciones o que no lo consideren importante. Esta encuesta no permite saber cuáles de estas dos circunstancias (u otras) pueden justificarlo.

Las dos últimas respuestas citadas en el análisis, aunque no tienen trascendencia numérica si la tienen por su contenido y sus implicancias. Podría entenderse cierta actitud negativa del encuestado por un lado y el reclamo de devolución de resultados, aislado.

- De la Pregunta 4: un importante número de profesionales no cuenta con las normas de

Tratamiento Sindrómico donde se detalla y enfatiza la necesidad de notificar como componente de los protocolos de asistencia.

- De la Pregunta 5:

El 68,5 % de los encuestados refieren denunciar (ver a. y d. en respuestas de esta pregunta)

Los 2 (dos) que respondieron que no a los tres ítems de esta pregunta, es decir que no diagnostica, no trata y no denuncia, que representan el 5,5 % restante del total de los encuestados, lo justificaron diciendo “*no trato si es una patología que desconozco su tratamiento*” (Grupo C) y “*lo maneja con ginecología*” (Grupo A).

Se encuentra coherencia entre los resultados obtenidos de la colecta primaria y la secundaria, esto es:

El índice de notificaciones es acorde a la percepción del equipo de salud de la importancia epidemiológica de la notificación. No se pudo constatar si existe un conocimiento acabado sobre la obligatoriedad de las notificaciones. El equipo de salud esta sensibilizado con la temática.

## DISCUSIÓN

Es probable que la situación problemática elegida como eje del presente trabajo tenga que ver con debilidades individuales de la coordinación local del programa, en relación a la VE, su función en la Salud Pública y más específicamente con el análisis y la evaluación de los datos para la implementación de mejoras en el sistema.

El impacto sobre el sistema de salud de coyunturas políticos-institucionales provoca deficiencias en la obtención de resultados, perdiendo eficacia y dejando de ser eficientes.

Es altamente probable que de haber contado con el apoyo de la Dirección de Epidemiología, con su mirada reflexiva en relación al análisis y evaluación de los datos locales se hubiera redirigido mi actividad sobre algún otro de los problemas identificados.

Considero valioso que a la luz de la revisión de la literatura y de la opinión de los referentes locales en relación a los componentes intrínsecos y extrínsecos del subregistro, se ha intentado contar con una descripción local del tema.

Uno de los motores más importantes que motivó la elección de la situación problemática fue la percepción subjetiva de la falta de compromiso por parte de los profesionales actuantes.

Debido a la hipótesis y su fuerte relación con el desgaste de los actores en el sistema público de salud, fue necesaria la implementación de un análisis cualitativo para recabar aquella información que se encuentra en el ambiente laboral en lo cotidiano y que encuentra importantes obstáculos para poder ser solucionados.

Las consecuencias de la calidad de aplicación de las normas de la Vigilancia Clínica por el equipo de salud, particularmente con los subregistros de las ITS y su relación con el acceso a la medicación por parte de la población, refuerzan la convicción de la equidad como concepto central en el acceso a la salud para todos los individuos que habitan en el país.

## CONCLUSIONES

Luego de este análisis considero que existe una brecha sobre la cual se pueden implementar acciones para mejorar la calidad en el sistema de notificación en el marco de la vigilancia clínica ya que queda aún mucho camino por recorrer y temas por mejorar.

El trabajo en salud nos enfrenta a los médicos al desafío de pensar más allá de la formación clásica que recibimos en el grado. Esto es, salir de la estrecha camisa de lo cuantitativos y atrevernos a incorporar elementos cualitativos a nuestro trabajo con sólidos fundamentos. La triangulación metodológica es un excelente ejemplo de esto.

El trabajo interdisciplinario, las evaluaciones sistemáticas y la reflexión sobre la práctica e implementación de normas en el contexto de un Programa Nacional son aprendizajes que han decantado del trabajo cotidiano y se han cristalizado en este informe.

Es necesario continuar sosteniendo las convicciones sobre la necesidad de organizar equipos interdisciplinarios para el trabajo en Atención Primaria teniendo en cuenta la gobernabilidad de cada sujeto y su función evitando repetir prácticas “abusadoras” y personalistas. Ejemplo de esto es lo descrito en relación a la duplicación de funciones por cargo o la desarticulación con la Dirección de Epidemiología por motivos personales-ideológicos.

Utilizar como estrategia la capacitación y evaluación continua y la implementación de devoluciones sistemáticas de los resultados de la VE, podría dar respuesta a uno de los puntos de la compleja trama del subregistro de ITS, a través de mejorar, en cada uno de los actores intervinientes, el valor de su función y la identificación con su rol en las acciones tendientes a evitar la dispersión de las ITS.

Tener presente las normas de calidad al momento de gestionar cualquier área de la salud es clave para obtener resultados eficientes.

Desde la estructura de las organizaciones planteadas por Mintzberg, la línea media puede incurrir en errores similares a los de los componentes del núcleo de operaciones en el sentido de no cumplir con las normas. La autonomía de gestión puede representar una situación

desfavorable si no hay controles efectivos del Ápice Estratégico.

## BIBLIOGRAFÍA

- Bachelard, Gastón. La formación del espíritu científico. José Babino (trad.) 23ª ed. en español. México: Editorial Siglo XXI. 2001. ISBN 968-23-1731-2.
- DE SOUZA MINAYO, María Cecilia. La artesanía de la investigación cualitativa. Viviana Martinovich (trad.). Lugar Editorial. 2009. pág. 141 ISBN 978-950-892-331-8
- Donabedian, A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. 3 vols. Ann Arbor, MI: Health Administration Press. 1980
- Enfoques de salud pública para el control de las ETS: Actualización técnica del ONUSIDA Actualización técnica Mayo 1988. Únicamente en formato electrónico. Disponible en [http://whqlibdoc.who.int/un aids/1998/a62363\\_spa.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/un aids/1998/a62363_spa.pdf?ua=1)
- Cavicchia, María Laura. Informe Anual del Gestión del Programa de Prevención de VIH Sida e ITS del Municipio de Vicente López año 2007 a 2009.
- Ley de Enfermedades de Notificación Obligatoria Sancionada el 29 de septiembre de 1960, “Régimen legal de las Enfermedades de Notificación Obligatoria”, Publicado en el Boletín Oficial, el 28 de Octubre del mismo año
- Ley Nacional de Sida N° 23.798 y su Decreto reglamentario N° 1244/91 Sancionada: Agosto 16 de 1990. Promulgada de Hecho: Setiembre 14 de 1990.
- Manual de normas y procedimientos de Vigilancia y Control de Enfermedades de Notificación Obligatoria - Revisión nacional 2007. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación
- Matus, Carlos, “Política, Planificación y Gobierno” El Análisis de Problemas: los Módulos Explicativos del Plan. Editorial Fundación ALTADIR. ILPES, OPS. 1987, pp. 324-349, 1987
- Massoud, R., K. Ascov, J. Reike, L.M. Franco, T. Bornstein, E. Knebel y C. MacAulay. *Un paradigma moderno para mejorar la calidad de atención de salud*, 2002,
- Módulos de capacitación para el Manejo Sindrómico de las Infecciones de Transmisión Sexual 2a edición 2008 – Organización Mundial de la Salud



## ANEXO

### Modelo de la encuesta aplicada

#### PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE VIH – SIDA E ITS

#### Municipalidad de Vicente López 2009

“ Barreras percibidas por ginecólogos, clínicos y generalistas  
de Atención Primaria de la Salud para el diagnostico, tratamiento y denuncia de  
Enfermedades de Transmisión Sexual”

Estimado colega, agradeceremos que conteste en forma ANONIMA la siguiente encuesta. Su colaboración nos resultará de suma utilidad para programar tareas en relación a la temática.

1. Su área de atención incluye (puede marcar más de una si fuera necesario)

|              | Si                       | No                       |
|--------------|--------------------------|--------------------------|
| Niños        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Adolescentes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mujeres      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. ¿Realiza consultas programadas o por guardia de pacientes que presentan como diagnostico presuntivo alguna ITS?

Si ☐ No ☐

3. ¿Cree que las ITS deben ser denunciadas?

Si ☐ No ☐

Porque.....  
.....

.....

4. ¿Tiene las Normas de tratamiento Sindrómico del Ministerio de Salud e la Nación a su alcance en el lugar de trabajo?

Si ☐ No ☐

5. ¿Considera que cuenta con los conocimientos (actualizados o no) para realizar diagnóstico, tratamiento y denuncia de ITS? Marque con una “x” donde corresponda.

|    | Diagnóstico | Tratamiento | Denuncia |
|----|-------------|-------------|----------|
| Si |             |             |          |
| No |             |             |          |

6. Describa brevemente los ítems abajo planteados para la siguiente pregunta: ¿Si en el contexto de una consulta médica (control o guardia) se encuentra ante el diagnóstico de una ITS?

- a. No trata, por que...

.....  
.....

- b. No trata y deriva a otro colega / institución: por que...

.....  
.....

- c. Trata y no denuncia porque...

.....  
.....

- d. Trata y denuncia porque:

.....

.....

Muchas gracias por su participación

Agradecemos su participación en ésta encuesta. Los resultados de la misma puede Ud. solicitarlos de forma anónima y gratuita a la dirección de mail:

[misexualidad@vicentelopez.gov.ar](mailto:misexualidad@vicentelopez.gov.ar)